THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

256

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 16 mai 1906 à 1 heure

Par **Pierre MOUSNIER**

Ancien externe des hôpitaux de Paris

FIBRO-SARCOMES DU COU

EXTRA-PHARYNGIENS

Président : M. RECLUS, *professeur.*

Juges : MM. PINARD, *professeur.*
LEPAGE et PROUST, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

23, Rue Monsieur-le-Prince, 23

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

Souvenir de pieuse reconnaissance

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Il est de notre devoir, avant de terminer nos études médicales, et au début de ce modeste travail, d'adresser nos plus sincères remerciements à tous ceux qui ont été pour nous des maîtres bienveillants et dévoués.

Nour remercions d'abord nos premiers maîtres de l'École de Limoges et spécialement :

MM. les professeurs Raymond et Chénieux qui nous ont guidé dans l'étude de la clinique chirurgicale.

MM. les Drs Descazals et Vouzelle qui ont dirigé nos premiers pas au lit des malades.

MM. les Drs Périgord et Boulland dont nous avons eu l'avantage d'être l'interne ; ils nous ont appris les premières notions de l'auscultation.

M. le professeur J. Lemaistre, sous la direction de qui nous avons eu l'honneur d'être prosecteur à l'École de Médecine ; c'est dans son enseignement que nous avons puisé le meilleur de nos connaissances anatomiques.

M. le Dr Thouvenet, professeur de clinique médicale.

Nous sommes heureux de remercier aussi une fois de plus M. le Dr Donnet pour le dévouement et la bienveillance qui lui firent consacrer un temps précieux à notre préparation de l'Externat des hôpitaux de Paris.

Nous exprimons notre reconnaissance à MM. les Professeurs de la Faculté de Paris et en particulier à ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux :

M. le Dr Gouget, professeur agrégé, qui nous accueillit avec beaucoup de bienveillance dans son service, pendant notre première année d'externat, et nous perfectionna dans l'art de l'auscultation et de l'examen du malade.

M. le Dr Jalaguier, professeur agrégé, qui nous enseigna à l'hôpital des Enfants-Assistés, la chirurgie et l'orthopédie infantiles et eut l'obligeance de nous suggérer l'idée de ce travail.

MM. les Drs Bar et Brindeau, professeurs agrégés, nous ont appris la pratique des accouchements.

A. M. le Dr Brocq, médecin des hôpitaux, nous devons nos connaissances dermatologiques.

Nous prions tous ces bienveillants maîtres dont nous avons été l'externe d'accepter l'assurance de notre plus vive gratitude.

Nous remercions d'une façon toute particulière M. le Dr Veau, ancien prosecteur de la Faculté : aimable autant que brillant et plein d'avenir, son extrême complaisance nous a permis de venir prendre maintes fois des renseignements utiles auprès de lui.

Nous prions M. le professeur Reclus qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

CHAPITRE I

Historique

On connaît la fréquence des fibro-sarcomes naso-pharyngiens et les auteurs sont presque unanimes à désigner le cavum comme le point de prédilection de ces tumeurs si spéciales.

Bien plus, il semblerait que de telles tumeurs n'existent que dans cette région, car nos traités cliniques n'en mentionnent même pas l'existence sur les parties latérales du cou. Kœnig, toutefois, avait songé à diviser les polypes naso-pharyngiens en deux variétés : les polypes intra-pharyngiens et les polypes extra-pharyngiens. Mais cette classification n'a pas prévalu ; elle mériterait cependant d'être conservée. Nous nous proposons, en effet, de montrer ici, qu'à côté des fibro-sarcomes naso pharyngiens proprement dits ou intra-pharyngiens, il existe un groupe important de fibro-sarcomes à point de départ hors du cavum, dans les organes du cou : périoste, aponévroses, nerfs, et même dans la dure-mère cervicale. Ce sont les fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens que nous allons étudier.

C'est en 1842 que nous trouvons les deux premières observations de fibromes du cou : une de Brodie (in Cormack.Thèse de Paris,1870,p.16.); l'autre de Blandin (*Bullet. de l'Acad. de méd. de Paris.* 1842-43, t. VIII. p. 636.). Celle d'Athinson (*Méd. and Phys. Journ. London,* 1813. XXX, p. 353), est moins nette et précise.

Dans l'*Edinb. med. Journ.*, 1844, janvier) Kerr en rapporte une observation intéressante.

Lebert, dans son *Traité de physiologie pathologique*, t. II. p. 170-179, 1845, en cite trois cas assez curieux.

Croocke en publie un cas dans *Lancet*, 1854. I, p. 64.

Maisonneuve en donne une observation très précise dans la *Gazette des hôpitaux de Paris* 1854, n° 95, p. 383.

Browne, en 1857, a relaté un cas dans *Dublin Quart. Journ. méd. soc.*, XXIV, p. 464.

Partridge, (1859), Middlemist (1862), en publient deux observations.

Nous en trouvons deux autres cas, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1862, n° 133, p. 531. Un de Huguier, l'autre de Richard.

Partridge en rapporte un nouveau cas en 1857, dans *Med. Times and Gaz. London,* II, p. 318.

Barton, dans *Dublin, Journal of. med. soc.*, 1870, I, p. 201, en cite un cas curieux, chez un enfant de trois mois.

Dowse, en 1874, dans *Brit. med. Journal,* II, p. 292, donne la première observation de fibrome de la dure-mère.

Krœnlein (1875), rapporte un cas de volumineux fibro-

sarcome, *Langenbeck's Archiv.*, vol. XXI, suppl., p. 132.

Butcher (1887), Morris (1881), Freeman (1884) et Falck (1887).

Mais les travaux les plus importants sont, sans contredit, celui de M. le professeur Guyon qui, en 1877, consacra un mémoire important à l'étude des fibromes aponévrotiques intra-pariétaux et, en particulier, de ceux de la région cervico-dorsale (*Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1877, t. VI, n° 21, p. 546) et celui de « de Quervain » Ueber die Fibrome des Halses (*Arch. f. klin. Chirurg.*, 1899, t. LVIII, fasc. I, p. 1), le dernier auteur rassemble les diverses observations de fibromes du cou éparses dans les littératures française, allemande et anglaise et en dresse un tableau d'ensemble.

Heurteaux dans le *Bullet. et mém. Soc. chirurg.*, Paris 1898. 20 juillet, p. 757, publie la deuxième observation de volumineux fibrome du cou d'origine intra-rachidienne.

Lœvy et Lœper donnent une observation très complète d'une tumeur fibreuse du cou (*Soc. anat. de Paris*, 1099, p. 1104).

L'année 1903 est particulièrement féconde; nous y rencontrons : 1° Un cas de « fibrome de la septième branche cervicale avec compression médullaire » Zinn et Kock : *Charité Annalen*, XXI, p. 117-128; 2° un travail intéressant de Boerner « Ueber fibrome des Halses mit beziehungen zum Rückenmarck » *Deutsche Zeitsc. chirurg.*, 1903, LXVII, p. 309-320 avec une observation très documentée de fibrome du cou d'origine intra-rachidienne; 3° MM. Cunéo et Dainville :

fibrome volumineux du cou ayant déterminé des phénomènes de compression nerveuse du grand sympathique et du facial. (*Bullet. Soc. anat.*, 1903, IXXVIII, p. 592-594.

Cange, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger, publie un cas de «fibrome de la nuque» (*Bulletin et mém. Soc. anat.*, 1904, IXXIX, p. 505-508).

M. Lécène, rapporte un cas instructif de « sarcome de la gaine des vaisseaux carotidiens : Extirpation avec résection de la carotide primitive, des deux carotides externe et interne du côté gauche, de la jugulaire interne et du pneumogastrique. Mort le huitième jour par ramolissement progressif de l'hémisphère cérébral gauche. » (*Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, octobre, 1905, p. 746).

Quant à moi, j'ai entrepris ce travail sur les conseils de M. Jalaguier, à l'occasion d'une petite malade, opérée par lui. M. le professeur Cornil a fait de notre cas un examen histologique des plus complets et M. le Dr Veau m'a guidé de ses savants conseils.

CHAPITRE II

Étiologie

Les fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens sont des tumeurs relativement rares ; nous avons pu, cependant, en réunir le nombre assez respectable de 33 cas.

Leur étiologie est un peu obscure.

Sexe. — M. le professeur Guyon dans son étude sur les fibromes de la nuque, établit que « ces tumeurs se rencontrent exclusivement chez les femmes. » Les cas de Partridge (15) et de Blandin (3), font exception à cette règle ; mais la règle n'en est pas invalidée pour cela et il reste vrai que la majorité des cas de fibromes de la nuque appartiennent au sexe féminin.

Il n'est pas de même pour ceux des parties latérales du cou ; ceux-ci s'observent souvent dans le sexe masculin (Middlemist, Dowse, Krœnlein, Morris, Freeman, de Quervain, Lebert (6). Soit sept cas chez l'homme contre dix-sept cas chez la femme.

Age. — Nous trouvons encore dans le mémoire de M. le professeur Guyon que « ces tumeurs ont toujours été observées dans la période de la vie qui correspond

à l'activité sexuelle. » Cette affirmation est trop absolue, comme le prouvent les cas de Kerr : 67 ans, de Barton : 2 mois, de Nichauss : 6 ans, de Partridge (15) : 4 ans, notre cas personnel : 4 ans. Or, les différents cas, à l'exception de celui de Partridge, appartiennent tous au sexe féminin, de telle sorte que l'on peut dire pour ces fibro-sarcomes extra-pharyngiens, comme pour les polypes naso pharyngiens « ces tumeurs se rencontrent à tout âge chez la femme. »

La question d'âge semble donc indifférente et, contrairement à ce qui se produit pour les polypes intra-pharyngiens, les fibro sarcomes extra-pharyngiens ne régressent point spontanément à l'adolescence. Tout au contraire, on peut admettre avec de Quervain, que le maximum de leur fréquence s'observe entre 18 et 50 ans.

Traumatisme. — Le traumatisme, ici comme ailleurs peut exercer une action vaguement prédisposante, mais bien difficile à établir. Nous le trouvons cependant mentionné dans certaines observations ; Barton : chute à l'âge de trois semaines, depuis apparition d'une tumeur fibreuse au niveau du cou qui augmenta rapidement. Lœvy et Lœper notent que leur malade « aurait reçu des coups dans la région du cou. »

En résumé, tout ce que l'on sait de l'étiologie des fibro-sarcomes extra-pharyngiens, c'est que la femme fait plus volontiers du fibro-sarcome extra-pharyngien, tandis que l'homme, au contraire, fait beaucoup plus souvent du fibro-sarcome intra-pharyngien.

D'autre part, les fibro-sarcomes intra-pharyngiens sont des tumeurs de l'adolescence, alors que les fibro-sarcomes extra-pharyngiens sont plutôt des tumeurs de l'âge adulte.

Nous ne saurions, du reste, mieux expliquer cette fréquence des fibro-sarcomes extra-pharyngiens pour le sexe féminin, en dépit de l'âge, que de leur appliquer l'humoristique phrase de M. Lannelongue. « C'est que la femme possède toujours une éternelle jeunesse. »

CHAPITRE III

POINTS DE DÉPART ET PATHOGÉNIE.

Les fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens forment un groupe de tumeurs hétérogènes. Ce sont les connexions, les pédicules qui les individualisent. Or, ces néoformations présentent des rapports de continuité, des points de départ divers : périoste, aponévroses, nerfs, dure-mère.

A. — Connexions squelettiques. — « Spillmann, (*Diction. Dech.*) résumant la pensée de Gosselin, écrit que pour cet auteur, les polypes pharyngiens peuvent s'insérer sur les premières vertèbres cervicales. Cette opinion est celle de Michaux (de Louvain), de Robert ; ces auteurs admettent que les polypes peuvent s'insérer non seulement sur les fosses nasales ; mais aussi sur les premières vertèbres cervicales ; ils ont l'un et l'autre cité des faits indéniables de ce dernier mode d'insertion. »

Rien d'étonnant, par conséquent, que nous ayons rencontré pour les fibro-sarcomes extra-pharyngiens des points d'insertion au niveau des os : périoste.

α) Un certain nombre de fibro-sarcomes extra-pharyngiens, en effet, sont pédiculés et présentent au niveau des os des points d'implantation variables. Dans sept de nos observations, nous avons noté que la base d'implantation avait pour siège la colonne cervicale : apophyses transverses ou épineuses :

1° *Blandin.* — Grosse tumeur, développée, sous le trapèze gauche, très fortement adhérente à l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale.

2° *Lebert.* — Grosse tumeur fibro-myxomateuse qui adhérait à l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale.

3° *Maisonneuve.* — Gros fibrome du côté gauche du cou qui adhérait à l'apophyse épineuse et transverse d'une vertèbre cervicale indéterminée.

4° *Browne.* — Gros fibrome droit du cou, adhérent à l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre cervicale et à l'apophyse transverse des 4e et 5e vertèbres cervicales, ainsi qu'à l'acromion et à la clavicule.

5° *Huguier.* — Fibrome de la nuque qui contractait des adhérences avec les apophyses transverses et épineuses de la partie supérieure de la colonne cervicale.

6° *Falck.* —Fibrome gauche du cou, fixé à l'apophyse transverse des troisième quatrième et cinquième vertèbres cervicales.

7° *Notre cas.* — Le fibro-sarcome adhérait à l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale par un pédicule volumineux, très résistant, et très adhérent qui ne put être enlevé en même temps que la masse

principale de la tumeur. M. Jalaguier dut ruginer fortement l'apophyse transverse.

β). — Outre ce point de départ vertébral, il existe d'autres insertions périostiques sur les os qui avoisinent la région du cou.

C'est ainsi que l'implantation se faisait au bord supérieur de l'omoplate dans le cas de Richard ; à la première côte pour celui de Krœnlein ; le fibro-sarcome de Freemann, vint, adhérer, après récidive, au maxillaire inférieur.

Le malade de de Quervain portait un fibro-sarcome qui se fixait à la grande corne de l'os hyoïde, le fibrome du malade de Cange adhérait à la protubérance occipitale externe sur un point des dimensions d'une pièce de 20 centimes.

Soit : treize cas de fibro-sarcomes extra-pharyngiens avec connexions squelettiques : vertèbres cervicales, omoplate, première côté, maxillaire inférieur, os hyoïde et os occipital.

γ) *Pédicules.* — Les pédicules de cette variété de fibro-sarcomes sont uniques ou multiples. Unique dans les cas de : Blandin, Lebert (6) et notre cas personnel avec point d'insertion sur la colonne cervicale ; unique encore dans les cas de Richard : omoplate, Krœnlein : Première côte, Freemann : maxillaire inférieur, de Quervain : os hyoïde, Cange : protubérance occipitale externe.

Multiples et s'insérant sur les apophyses épineuses ou transverses des vertèbres cervicales ; ce sont les cas de : Maisonneuve : 2 pédicules ; Partridge (11) : 2 pédi-

cules ; Browne : 4 pédicules ; dans ce dernier cas, un des pédicules venait, en outre, s'implanter sur la clavicule. Dans le cas de Falck, la tumeur possédait 3 pédicules qui la rattachaient aux apophyses transverses des troisième. quatrième et cinquième vertèbres cervicales.

Nous ne voulons pas chercher à établir, si ces pédicules multiples sont primitifs ou secondaires. Nous savons que la discussion a été très ardente sur ce point, vers le milieu du siècle dernier, pour ce qui concerne les polypes naso-pharyngiens. Pour Nélaton et ses élèves, il n'y a qu'une insertion vraie, c'est celle qui se fait au niveau de la base du crâne ; s'il existe d'autres insertions, elles ne sont pas primitives.

De même pour les fibro-sarcomes extra-pharyngiens à pédicules multiples, il faut admettre sans doute que peut être tous les pédicules, dans tous les cas, tous ces pédicules moins un seul, doivent être secondaires.

Il semble bien difficile, en effet, que le périoste puisse réagir en plusieurs points séparés pour former une tumeur unique. Mais nous ne connaissons pas de moyen permettant de distinguer anatomiquement quand un pédicule est primitif et quand il est secondaire ; disons, cependant, que les pédicules secondaires sont généralement très vasculaires, tandis que le pédicule primitif est avasculaire, (seulement vascularisé en son centre). L'examen microscopique lui-même dans la majorité des cas, ne fournira pas non plus de données décisives, car les éléments prépondérants de la masse

de la tumeur, peuvent être, d'après Bœrner, d'origine secondaire.

Les commémoratifs enfin, ne permettront pas d'être beaucoup plus affirmatif, car le centre de la tumeur ne correspond pas toujours au point de départ ; ainsi, dans le cas de Browne, il est expressément dit, que le siège initial de la tumeur ne correspondait nullement au centre de la tumeur ultérieure : « la tumeur était d'abord représentée par une nodosité de la valeur d'une noisette. Deux ans plus tard, elle avait déjà atteint les dimensions d'une tumeur qui s'étendait des apophyses transverses et épineuses jusqu'à la clavicule à laquelle elle adhérait. »

B. — Connexions aponévrotiques. — A côté de ces fibro-sarcomes prenant un solide point d'insertion périostique, il existe un certain nombre d'autres cas pour lesquels on a signalé des adhérences aponévrotiques. Falck, cherche, dans son cas, l'origine du fibrome dans le tissu conjonctif périmusculaire du muscle long du cou, probablement, Partridge fait naître dans le ligament de la nuque la volumineuse tumeur que portait son malade. Enfin, d'après de Quervain, les fibromes de la région sterno-cléido-mastoïdienne semblent prendre leur origine dans la gaine du paquet vasculo-nerveux.

Le premier cas de ce genre semble être celui de Brodie, puis un cas de Lebert, de Croocke, de Middlemist, de Lécène ; on peut y ajouter celui de Cunéo et Dainville, soit : neuf cas.

C. — Connexions nerveuses. — Les cas de Zinn et de

Koch et un cas de Lebert (7) présentent des origines bizarres. Ce dernier concerne une tumeur fibreuse développée dans le ganglion cervical supérieur du nerf grand sympathique; le fibrome de Zinn et Kock s'était formé dans l'intérieur même de la septième branche cervicale, c'était un vrai neuro-fibrome, soit deux cas. Ces tumeurs, d'origine nerveuse, ne possèdent pas de pédicule; elles se développent au niveau du cou, comme dans les autres régions de l'organisme, dans le sein même d'un ganglion nerveux ou d'une branche nerveuse.

D. — Connexions dure-mériennes. — Que les fibro-sarcomes prennent leur point d'insertion, sur les os, sur les aponévroses, ou se développent dans l'intérieur même des nerfs, rien de très extraordinaire dans ce fait. Mais que ces mêmes néo-formations viennent s'implanter sur la dure-mère cervicale, dans l'intérieur du canal rachidien, pour émigrer ensuite sur les parties latérales du cou, voici qui est à coup sûr beaucoup plus curieux et d'une interprétation plus difficile.

Or, dans quatre de nos observations, la tumeur extra-rachidienne était rattachée à la dure-mère par un pédicule plus ou moins long traversant un trou de conjugaison. Ce sont les cas de :

1° *Dowse.* — Fibrome de la dure-mère qui envoyait un pédicule entre les deuxième et troisième vertèbres cervicales et formait dans le triangle postéro-supérieur du cou, une tumeur grosse comme une orange. Le malade mourut de compression médullaire.

2° *Heurteaux.* — Très gros fibrome du côté droit du

cou, qui émettait un pédicule gros comme le doigt et pénétrait dans le canal rachidien entre les deuxième et troisième vertèbres cervicales. Pendant l'opération, il y eut écoulement de liquide céphalo-rachidien.

3° *Zinn et Kock.* — Il s'agit d'un fibrome du creux sus-claviculaire droit, développé sur la septième branche cervicale et qui, se prolongeant à travers le trou de conjugaison, pénétrait dans le canal rachidien et même dans le sac dure-mérien.

4° *Boerner.* — Tumeur fibreuse, grosse comme un œuf d'oie, saillante dans le creux sus-claviculaire droit. Cette tumeur possédait un pédicule de la grosseur du doigt qui pénétrait dans le canal rachidien par le trou de conjugaison situé entre les cinquième et sixième vertèbres cervicales, et adhérait intimement à la dure-mère.

δ) Les pédicules des fibro-sarcomes d'origine intra-rachidienne semblent être toujours uniques ; dans tous les cas, les adhérences aux vertèbres au niveau des trous de conjugaison, sont presque insignifiantes, tandis que l'insertion à la dure-mère est très solide et très résistante.

D'autre part, il semble bien difficile de ne pas faire du pédicule dure-mérien un pédicule primitif. Nous savons bien que dans son travail sur les tumeurs de la moelle épinière et de la colonne vertébrale, Schlesinger a décrit des tumeurs qui prennent naissance dans le voisinage de la colonne vertébrale et qui, secondairement, pénètrent dans le canal rachidien par un trou

de conjugaison ; mais ce doivent être là des faits tout à fait exceptionnels.

Il est beaucoup plus rationnel d'admettre que les néoformations ont pris naissance sur la face externe de la dure-mère et ont émigré ultérieurement le canal rachidien à travers un trou de conjugaison pour venir éclore sur les parties latérales du cou. Mais quelle que soit l'hypothèse vraie, ces tumeurs font infraction à la loi ainsi énoncée par M. le professeur Guyon : « les tumeurs fibreuses restent toujours incluses dans la région où elles ont pris naissance ».

Au reste, les phénomènes cliniques s'harmonisent bien avec un point de départ dure-mérien. Ainsi, dans le cas de Zinn et Kock, la malade avait ressenti des douleurs et des fourmillements dans le bras droit et la jambe droite dès le mois de juillet ; des phénomènes de paralysie s'étaient même manifestés sur tout le côté droit vers la fin de l'année 1897, et ce ne fut qu'en juin 1898 que l'on put constater dans le fond du creux sus-claviculaire droit l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noix. Il semble donc bien établi dans ce cas, ainsi que le démontre la préexistence des troubles médullaires, que la tumeur avait commencé par être tumeur intra-rachidienne, avant de devenir tumeur du cou.

Dans le cas de Boerner, l'apparition de la tumeur au niveau du cou coïncida avec celle des manifestations médullaires ; dans celui de Heurteaux, par contre, la tumeur possédait un long pédicule qui la rattachait à la dure mère, cependant, jamais il n'y avait eu douleur

ni trouble quelconque. Il semblerait même que la moelle épinière, est parfois peu molestée par le voisinage de ces tumeurs dure-mériennes, tant que celles-ci restent intra-rachidiennes et que les phénomènes médullaires graves n'apparaissent qu'au moment où la néoformation quitte le canal pour venir prolonger son domicile jusque sous les plans musculaires de la nuque ou des parties latérales du cou. Boerner a même pu noter une sorte de parallélisme entre l'intensité des troubles médullaires et l'accroissement du volume extra rachidien de la tumeur.

E. — Fibro-sarcomes extra-pharyngiens dits essentiels. — Dans un certain nombre de cas, il n'est fait mention d'aucun pédicule, d'aucune connexion, les néoformations « ne se développent aux dépens d'aucun organe de la région. Elles peuvent donc mériter le nom d'essentielles. » (Athinson, Partridge, Barton-Waitz, Morris, Lœvy, et Lœper ; soit : 6 cas.

La pathogénie de cette variété est entourée de difficultés extrêmes et nous sommes réduits à des hypothèses. On peut se demander si ces tumeurs ne se sont pas isolées secondairement par un procédé analogue à celui que l'on observe pour les adénomes du sein; mais nous sommes peu porté vers cette explication, car les sarcomes n'ont pas de tendance à s'encapsuler.

Falck, pour ces tumeurs, a invoqué l'origine congénitale; mais ce n'est guère résoudre la question que de dire qu'une tumeur est congénitale. Freeman, d'un autre côté, a songé à l'origine branchiale ; on connaît la fréquence des malformations cartilagineuses des

tumeurs épithéliales, il n'est donc pas irrationnel d'admettre qu'il puisse exister des tumeurs branchiales d'ordre conjonctif.

Maurice Chevassu (*Gazette hebomadaire de méd. et de clinique*, 17 août 1902) n'a-t-il pas démontré que les tumeurs dites « épithéliomas branchiaux du cou » étaient plus souvent conjonctives ou mixtes que purement épithéliales, et Victor Veau, du reste, avait déjà écrit avant lui : « le cancer branchial est une tumeur mixte dans toute l'acception du terme et je reconnais qu'il peut y avoir des cas où l'élément sarcomateux tient la première place. »

L'hypothèse d'origine branchiale pour ces fibro-sarcomes n'est donc pas dépourvue de tout fondement.

Or, dans le cas de Freeman, la tumeur siégeait sur les vaisseaux du cou, entre ceux-ci et le larynx et l'os hyoïde. Il n'est pas spécifié que la tumeur ait contracté des adhérences intimes avec aucun organe et possédât un pédicule. S'appuyant sur ces seuls faits, de Quervain dit que l'origine branchiale de cette tumeur est purement hypothétique. De même, dans son propre cas, où les indications sont plus précises : « La tumeur possédait un pédicule qui se dirigeait entre l'os hyoïde et le maxillaire inférieur; mais n'adhérait pas à ce dernier ni à aucun organe et ne représentait pas non plus une portion de l'arc hyoïde, car dans ce cas, elle aurait dû siéger, pour lui entre la grande corne de l'os hyoïde et l'apophyse styloïde » ; aussi de Quervain se refuse à reconnaître une origine branchiale à sa tumeur parce que le pédicule de cette dernière se laisse poursuivre

entre le maxillaire inférieur et l'os hyoïde, c'est-à-dire entre les deux arcs branchiaux voisins.

Sans aucun doute, nous admettons avec de de Quervain que les données théoriques, dans ce cas, n'ont pas à elles seules une valeur décisive ; mais contrairement à lui, nous ne croyons pas que la situation et l'insertion d'une tumeur ayant pu se déplacer dans le cours de son développement, peut décider de la question et permettre d'établir ou de nier l'origine branchiale.

L'origine branchiale, tout au contraire, reste parfaitement acceptable, car elle explique : le polymorphisme de ces tumeurs souvent mixtes, leur siège dans une région à développement compliqué comme la région branchiale, leur indépendance souvent absolue, leur évolution capricieuse, leur identité clinique avec les tumeurs mixtes de la parotide de même que leur transformation tardive ou brusque en néoplasmes malins.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. — **Étude macroscopique.** — Le fibro-sarcome extra-pharyngien est ordinairement une tumeur unique. Dans un seul de nos cas, la tumeur était multiple : Lebert (7) : Tumeur fibreuse volumineuse, développée dans le ganglion cervical supérieur du grand sympathique, avec des tumeurs semblables mais moins volumineuses existant dans la cavité de la colonne vertébrale et surtout à la partie supérieure.

La forme au début, est assez régulièrement sphérique ; elle est comparée à une bille, ou à une noix. Plus tard, elle devient ovoïde, piriforme, avec ou sans pédicules.

Le volume en est variable et avec les cas et avec le moment de l'évolution ; il est celui des deux poings réunis : (Lœvy et Lœper, Cange, Cunéo et Dainville) ; celui d'une tête d'enfant : (Barton, Krœnlein) ; et même celui d'une tête d'adulte : Partridge rapporte que le volume de la tumeur de son malade, âgé de 20 ans, était supérieur à celui de sa tête.

Le poids est rarement mentionné : le fibro-lipome d'Athinson pesait 3 livres, le fibrome de Partridge (15) pesait 9 livres anglaises, celui de Heurteaux 473 grammes, celui de Cange 280 grammes, celui de notre petite malade pesait 140 grammes.

A la coupe macroscopique. — La tumeur présente une coloration blanchâtre, quelquefois un peu jaunâtre, elle crie sous le couteau d'autant plus que souvent les fibres qui constituent le pédicule s'incrustent de matière calcaire et s'ossifient en partie : Partridge (15). Cange ; dans notre cas, il existait, dans la partie centrale, des travées osseuses anastomosées les unes avec les autres et renfermant entre elles du tissu médullaire. M. le professeur Cornil dut même décalcifier certains fragments de la tumeur « pour mieux observer ce qui passait dans l'os de nouvelle formation situé en plusieurs points du centre de la tumeur. »

La consistance est ferme, résistante, dure avec parfois des points plus mous, mais jamais fluctuants.

Connexions de la tumeur. — Le fibro-sarcome du cou extra-pharyngien possède toujours une capsule d'enveloppe qui l'isole des organes voisins ; seul le cas de Lœvy et Lœper, dans lequel on ne put découvrir de plan de clivage et dans lequel le fibrome histologiquement pur, semblait se continuer sans ligne de démarcation avec les tissus voisins, fait exception à cette règle (1)

1. Ce cas mériterait d'être rapproché de ces tumeurs fibreuses d'apparences malignes que Tailhefer et Ricard ont décrites dans le corps thyroïde.

Au niveau de la tumeur, la peau est tendue, étalée, lisse, parfois parcourue par des veinosités, glisse facilement, rarement léger capitonnage en un ou deux points.

Les nerfs, les vaisseaux, les muscles sont déplacés, écartés, aplatis par compression presque jamais englobés, ni envahis secondairement par la tumeur.

Ce sont là de simples rapports de contiguïté et ce sont les seuls que possèdent avec les organes voisins les fibro-sarcomes dits essentiels ou sessiles.

Par contre, les fibro-sarcomes pédiculés contractent des rapports de continuité soit avec un os, soit avec une aponévrose, soit avec un nerf ou la dure-mère et il faut reconnaître, sans doute, autant de points d'origine que de variétés de rapports de continuité ; c'est-à-dire, une origine osseuse ou périostique, une origine aponévrotique, une origine nerveuse et enfin une origine dure-mérienne.

D'après le siège, de Quervain distingue trois variétés de fibromes du cou, suivant que ceux-ci siègent soit antérieurement aux sterno-mastoïdiens, soit latéralement ou postérieurement à ceux-ci.

Ces tumeurs, lorsque leur siège est dans la région sterno-mastoïdienne, prendraient leur origine dans la gaine du paquet vasculo-nerveux, ainsi que dans un certain nombre de cas, au niveau des tubercules antérieurs des apophyses transverses des vertèbres cervicales.

L'origine serait à peu près la même pour les tumeurs de la région antérieure ; celles-ci dépendraient le plus

souvent des éléments des troncs vasculo-nerveux ; seul le cas de Quervain, semble appartenir à l'os hyoïde.

Enfin, les fibro-sarcomes, situés en arrière des sterno-mastoïdiens, prennent leur origine soit dans les ligaments de la nuque, soit au niveau de l'os occipital, ou des apophyses épineuses et transverses des vertèbres cervicales. C'est aussi dans ce groupe que, le plus souvent, viennent se placer les fibro-sarcomes à point d'origine intra-rachidien, au niveau de la dure-mère.

II. — **Examen microscopique.** — Les observations qui appartiennent à la première moitié du siècle dernier ne fournissent que des renseignements très incomplets, au point de vue histologique ; dans les observations de Lebert seulement, il est fait mention d'examen microscopique.

Au reste, même pour les observations de la deuxième moitié du siècle, il n'est pas toujours indiqué quels furent les résultats de cet examen microscopique. Cette lacune perd peut-être un peu de sa gravité, étant donné que l'examen macroscopique du fibrome est déjà suffisamment caractéristique pour qu'une erreur de diagnostic ne soit faite que bien rarement ; toutefois, comme le fait remarquer fort justement de Quervain, la confusion avec le fibro-sarcome a pu être commise maintes fois. C'est ainsi que dans le cas de Freeman, la tumeur récidivée présentait les caractères macroscopiques d'un fibrome avec quelques points ramollis, alors que l'examen microscopique démontra que l'on se trouvait en présence d'un fibro-sarcome.

Nous ne voulons point donner ici une description

histologique de nos tumeurs ; nous nous contenterons de dire que les fibromes ou les fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens présentent des caractères histologiques, analogues à ceux des autres tumeurs fibreuses ou fibro-sarcomateuses des autres régions de l'organisme. Elles sont surtout remarquables par une vascularisation très intense.

III. — **Transformations.** — Les fibromes extra-pharyngiens du cou peuvent subir, outre l'incrustation calcaire de l'ossification, des altérations diverses de ramollissement.

Le fibrome peut se ramollir par dégénérescence graisseuse, pour Butlin même, les lipomes ostéo-périostiques du cou ne seraient que le résultat de la dégénérescence graisseuse d'un fibrome. Cette opinion est évidemment exagérée, cependant il faut reconnaître que c'est là un mode de transformation assez fréquent ; nous le trouvons mentionné dans les observations de : Athinson, Partridge (11), Barton, Butcher, Cange.

La transformation myxomateuse semble s'être produite dans un cas de Lebert (6) alors que dans le cas de Kerr il y aurait eu transformation télangiectasique : « la tumeur stationnaire pendant huit à dix ans, augmenta ensuite rapidement et se transforma en une volumineuse tumeur pulsatile ; le même fait, mais à un degré moindre, peut être invoqué en faveur du cas de Cunéo et Dainville. »

Pour ce qui est de l'évolution sarcomateuse de ces tumeurs, nous croyons pouvoir dire que l'association d'emblée du fibrome et du sarcome, ces deux tumeurs

sœurs, est très fréquente, presque constante. Le fait que le diagnostic de fibro-sarcome est devenu beaucoup moins rare depuis que l'examen microscopique est venu apporter son contingent de lumière rend cette interprétation très plausible. En 1876, Krœnlein, porte le premier diagnostic de fibro-sarcome ; en 1884, Freeman ; de Quervain admet le même diagnostic pour son cas et celui de Nichauss. Lœper semble presque disposé à l'admettre aussi, bien qu'il n'ait pas constaté les éléments caractéristiques sur les coupes qu'il a examinées ; Lécène conclut nettement au sarcome.

Enfin dans notre cas, M. le professeur Cornil a constaté qu'il existait près de la superficie de la tumeur, un tissu sarcomateux à petites cellules dont les éléments étaient séparés les uns des autres par des fibrilles et des faisceaux de tissu conjonctif, le tout très vascularisé, et au-dessous de ces bourgeons superficiels, une grande quantité de tissu fibreux à faisceaux généralement parallèles et rayonnant du centre à la périphérie ; en certains autres points même, il existait des éléments osseux et des cellules cartilagineuses. Pour ces motifs, M. Cornil conclut à une tumeur complexe mixte, peut-être *embryome* (Cornil) ?

Nous avons le droit de dire que cet examen histologique est, sans contredit, un des mieux faits et des plus complets. Or, il établit d'une façon éclatante pour les fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens, ce que M. le professeur Lannelongue montrait il y a quelques années déjà, pour les fibro-sarcomes intra-pharyngiens, c'est qu'il existe presque toujours, dans un examen complet

et bien fait de ces tumeurs, des cellules sarcomateuses entre les faisceaux de tissu fibreux et à la périphérie de la néoformation. Ce sont donc bien des fibro-sarcomes et nous avons eu raison, nous l'espérons, d'avoir adapté ce titre à notre travail.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens est généralement assez simple.

I. — Période de bénignité. — Pour les tumeurs de petites dimensions, tout le tableau clinique se résume dans le fait de leur existence. Elles sont constatées, le plus souvent par hasard, sur les parties latérales du cou ou à la nuque. Ce sont des tumeurs dures, arrondies, résistantes, peu mobiles ; la peau qui les recouvre n'est jamais adhérente. Le malade n'accuse aucune douleur, aucun trouble fonctionnel.

Puis, peu à peu, ou même d'une façon rapide, la tumeur grossit, devient gênante et inquiète le malade, soit par le fait de son volume, soit par les accidents de compression qu'elle détermine sur les divers organes du voisinage desquels elle se développe. Les signes, dès lors, deviennent et plus nombreux et plus complexes.

A la palpation, il est facile de constater que le plus souvent la tumeur est profonde, recouverte par le sterno-

cléido-mastoïdien ou par les muscles de la nuque ; il suffit pour cela de faire contracter ces muscles. La consistance est dure, résistante, uniforme dans la majorité des cas ; avec des points limités de ramollissement quand l'élément sarcomateux ou lipomateux entre pour une part importante dans la constitution de la tumeur ; toutefois, jamais et en aucun point, la tumeur n'est fluctuante.

Le palper permet aussi d'en préciser la forme. Celle-ci est généralement régulière, lisse par suite de la présence d'une capsule, ovoïde, piriforme et ressemble successivement à une noisette ou à une noix, à un œuf, aux deux poings réunis, à une tête d'enfant et même à une tête d'adulte.

Un autre caractère qui est précoce, constant et facile à constater par la palpation, c'est le peu de mobilité de la tumeur. Celle-ci peut exister légèrement dans le sens vertical ; mais elle est presque toujours nulle dans le sens transversal. D'autre part, la tumeur adhère assez intimement aux plans sous-jacents dont on parvient difficilement à l'éloigner ; mais la peau reste libre, normale et glisse facile au-dessus d'elle. Dans certains cas on a noté quelques points de capitonnage ; mais ils sont toujours en petit nombre et de peu d'étendue.

Middlemist a noté que sa tumeur était animée de battements, de pulsations, transmises par la carotide sous-jacente ; mais ce n'est là qu'un caractère usurpé et qui ne lui appartenait nullement : de même pour l'existence d'un souffle vasculaire, dans le cas de Kerr.

L'ascension de la tumeur pendant la déglutition est

mentionnée dans les observations de Freeman et de de Quervain ; mais dans ces deux cas, la tumeur siégeait au voisinage de l'os hyoïde ; c'est un autre caractère très rarement observé.

II. Période de malignité. — Les symptômes fonctionnels sont généralement tardifs et annoncent la période de malignité de ces tumeurs.

Ils consistent dans des phénomènes douloureux et dans des phénomènes de compression.

I. *Douleur*. — L'élément douleur est variable.

a) Les douleurs locales, dans l'intérieur de la tumeur, sont très rares ; Huguier, Croocke, Cunéo et Dainville, de Quervain, les ont signalées cependant : ce sont des douleurs légères et toujours supportables.

b) Les douleurs irradiées, par contre, sont fréquentes. Ces irradiations douloureuses ont lieu, soit dans le côté correspondant de la tête (Huguier), soit dans le bras (Falck), soit dans les deux bras et dans les deux jambes : Fibro-sarcomes dure-mériens : Dowse, Zinn et Kock, Bœrner.

Dans le cas de Richard, les douleurs ne sont pas précisées. Croocke parle d'une parésie du muscle orbiculaire de la paupière correspondant au siège de la tumeur.

Ces douleurs irradiées s'expliquent par des compressions nerveuses excercées par la tumeur. L'absence complète de douleur est fréquente.

II. *Troubles de compression*. — La compression s'exerce sur tous les organes de la région où siège la tumeur ; mais parmi ces organes, ce sont surtout les

nerfs, la moelle, et quelquefois la trachée et l'œsophage qui, seuls, traduisent cette compression par des signes cliniquement appréciables.

a) Les malades de Falck, de Cunéo et Dainville ont bien présenté des troubles de la déglutition avec fréquentes envies d'avaler, et celle de Maisonneuve des accidents asphyxiques par compression de la trachée, mais ce sont là des phénomènes beaucoup plus rares que les troubles nerveux.

b) A côté des nerfs du plexus brachial ou cervical qui, eux, sont souvent directement comprimés par la tumeur, ce sont les nerfs grand sympathique et facial qui ont été les plus souvent intéressés :

Cunéo et Dainville ont noté chez leur malade « la chute de la paupière supérieure qui tombe un peu plus sur l'œil droit (côté de la tumeur) que sur l'œil gauche ; les plis de la commissure externe de l'œil gauche sont plus prononcés qu'à droite ; la bouche et les traits du visage sont légèrement déviés. » (Compression du facial).

La compression du nerf grand sympathique se traduisait par de l'inégalité pupillaire : myosis dans le cas de Nichauss, ainsi que dans celui de Zinn et de Kock ; dans le cas de Cunéo et Dainville, il existait même une pâleur remarquable du côté droit de la face contrastant avec la couleur rosée du côté gauche.

Ces mêmes troubles du côté du sympathique existaient aussi dans un cas de Lebert (7); mais ils étaient dus non à la compression, mais à la dégénérescence

fibromateuse du ganglion cervical supérieur du sympathique.

c) *Compressions médullaires. — Fibro-sarcomes dure-mériens.* — Parmi les trente-trois observations de fibro-sarcomes du cou extra-pharyngiens que nous avons réunies, quatre seulement de ces néoformations avaient une origine intra-rachidienne et étaient rattachées à la dure-mère cervicale par un pédicule volumineux.

Il n'est donc pas surprenant, qu'en raison de leur situation partiellement intra-rachidienne, les tumeurs aient pu, au cours de leur développement, déterminer des troubles médullaires importants.

Si nous nous en rapportons au travail de Boerner *Ueber die Fibrome des Halses mit beziehungen zum Rückenmarck*, dans lequel il a bien étudié les rapports que les fibro-sarcomes du cou peuvent contracter avec la moelle épinière et si, d'autre part, nous analysons les observations à peu près analogues de Zinn et Kock et de Boerner, nous voyons que les troubles de compression exercée par les tumeurs sur la moelle cervicale, consistent:

1° En des troubles de la motilité. Ces troubles de la motilité se manifestent tout d'abord dans le bras du côté où siège la tumeur, puis gagnent la jambe homologue et finalement atteignent les deux membres supérieurs et les deux membres inférieurs.

La paralysie est flasque au niveau des membres supérieurs tandis qu'elle est spasmodique aux membres inférieurs qui sont le siège de soubresauts et de contractures, et même de trépidation épileptoïde.

2° En troubles de la sensibilité qui consistent surtout dans l'abolition de la sensibilité au chaud et au froid, dans de la thermo-anesthésie.

La sensibilité à la douleur est aussi diminuée d'une façon sensible. Or, dans le cas de Zinn et Kock la tumeur siégeait au niveau de la septième paire cervicale, et dans celui de Boerner, vers la sixième paire.

3° Troubles de l'action réflexe: les réflexes tendineux et musculaires sont exagérés aux membres supérieurs et aux membres inférieurs.

4° Troubles de la nutrition ; à savoir : de l'atrophie musculaire des muscles des éminences thénar et hypothénar, des muscles interosseux, des muscles extenseurs des doigts de l'avant-bras, du biceps, du triceps et du deltoïde. L'atrophie n'existait pas aux membres inférieurs.

A côté de ces troubles, il peut encore y avoir des troubles des sphincters, c'est ainsi que dans le cas Zinn et Kock, il y avait : *Incontinentia urinæ et alvinæ.*

Par contre, dans le cas de Boerner, il y avait absence totale de troubles des sphincters : pas de paralysie de la vessie, ni du rectum.

Les divers troubles médullaires sont à peu près analogues à ceux que déterminent les plaies ou les traumatismes de la moelle cervicale.

Cependant, il faut noter l'absence de deux symptômes qui appartiennent spécialement aux traumatismes de la moelle cervicale : l'érection et les troubles oculo-pupillaires. Il n'est fait aucune mention du premier

symptôme ; quant aux troubles oculo-pupillaires, ils faisaient défaut, même dans le cas de Zinn et Kock bien que la tumeur siégeât sur la septième branche cervicale.

Il est fort probable que les malades de Dowse et de Lebert (7) présentèrent des troubles médullaires à peu près analogues à ceux que nous venons de décrire, à en juger par les renseignements un peu incomplets que nous fournissent les observations : Dans le premier cas : paralysie généralisée ; dans le deuxième cas : paralysies passagères des membres supérieurs et inférieurs. Mort six mois après le début par compression de la moelle.

Seul le cas de fibrome dure-mérien de Heurteaux n'a donné lieu à aucun trouble du côté de la moelle, bien qu'au moment de l'opération, il ait pu se produire un écoulement de liquide céphalo-rachidien.

Notons enfin que lorsque la tumeur possède un volume très considérable au niveau du cou, elle peut gêner les mouvements de la tête et de la mâchoire ; il existait du torticolis dans le cas de Falck.

CHAPITRE VI

Evolution. — Pronostic.

L'évolution des fibro-sarcomes est lente ou rapide ; continue ou intermittente.

Lente. — Les fibro-sarcomes peuvent rester pendant deux, quatre, huit ans et même davantage, complètement stationnaires.

Rapide. — Ces néoformations peuvent atteindre en l'espace de quelques mois un volume considérable, témoin le cas de Barton qui, en un mois et demi acquit le volume d'une tête de fœtus.

Intermittente. — D'autre fois, la tumeur peut sommeiller pendant assez longtemps, puis soudain, proliférer très activement et, en peu de temps, quadrupler le volume qu'elle avait mis deux et trois ans à atteindre (Browne).

Ces brusques réveils d'activité, nous pourrions même dire de malignité, en rendent le pronostic réservé. Toutefois, au point de pronostic, tous les cas que nous avons rapportés ne peuvent pas être rangés sur la même

ligne. Une distinction s'impose entre les fibro-sarcomes dure-mériens et les fibro-sarcomes extra-vertébraux, entre les fibromes histologiquement purs et les fibro-sarcomes ou sarcomes.

Les tumeurs intra-rachidiennes sont graves par la moelle qu'elles peuvent comprimer, et devenir mortelles comme dans les cas de Lebert (7) et de Dowse.

Les tumeurs extra-vertébrales ont le pronostic de leur nature : bénignes dans les cas de fibrome ; la guérison est notée dans seize de nos observations avec le diagnostic de fibrome ; relativement bénignes encore dans les cas de fibro-sarcomes opérés ; Krœnlein, Nichauss, de Quervain, nous-même, avons pu constater une guérison datant depuis plusieurs années ;enfin les tumeurs sont malignes dans les cas de sarcome.

La récidive dans le cas de fibro-sarcome de Freeman a été observée douze mois après l'opération et, comme le dit fort bien, Lœper, à l'occasion de l'examen de la tumeur de sa malade : « l'histologie en présence de semblables néoplasmes ne peut en dire la nature, elle ne peut en préciser la malignité, non plus que prévoir la récidive. »

Une conclusion semble donc s'imposer, c'est le traitement chirurgical, car le traitement médical est impuissant et aboutit fatalement à la mort, témoins les cas de Lebert (7), Dowse, et de Zinn et Kock, tandis que, par contre, la récidive semble tout à fait exceptionnelle quand l'extirpation a été totale.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le fibro-sarcome du cou extra-pharyngien est une tumeur ordinairement unique, très dure, uniformément résistante, avec parfois des points ramollis mais non fluctuants, faisant une saillie soit dans la région latérale du cou sous le muscle sterno-mastoïdien et au voisinage des vaisseaux, soit dans le creux sus-claviculaire, soit à la nuque.

Les limites de la tumeur sont toujours très nettes en raison de l'existence d'une capsule qui l'isole. La mobilité fait défaut dans le sens transversal, existe très faiblement dans le sens vertical et sur les plans profonds. La peau glisse facilement au-dessus de la tumeur.

Le diagnostic différentiel de ces tumeurs est tellement difficile qu'il est rarement posé.

On devra tout d'abord les différencier des lipomes ostéo-périostiques du cou dont MM. Schwartz et Chevrier viennent de publier un certain nombre d'observations et fait une étude excellente (*Revue de Chirurg.*, janv., fév., mars 1906)

D'après ces auteurs, les lipomes ostéo-périostiques du cou sont souvent d'un volume considérable.

La palpation y révèle des lobulations et des points

de consistance diverse : certaines parties fluctuent quand d'autres sont simplement molles ; tandis que les fibro-sarcomes ont une consistance ferme, dure et résistante et une forme lisse et régulière.

D'autre part, les limites du lipome ostéo-périostique sont toujours très peu nettes, car souvent ces lipomes sont diffus et n'ont pas de capsule. Alors que les fibro-sarcomes ont des contours très précis et bien délimités.

Enfin les troubles fonctionnels et les phénomènes de compression sont habituellement moins accusés pour les lipomes que pour les fibro-sarcomes.

D'autres fois, on se trouvera en présence de tumeurs molles, de tumeurs périvasculaires, empruntant aux vaisseaux qui sont à leur contact, leurs battements, leur murmure et l'on songera aussitôt aux tumeurs du corpuscule rétro-carotidien, qui ont été si bien étudiées par M. le professeur Reclus et Chevassu (*Revue de Chirurgie*, 1903, p. 149). « Ce ne sont pas des tumeurs vraiment vasculaires ; elles n'ont, qu'à l'état d'ébauche, l'expansion des tumeurs artérielles et ne présentent pas l'augmentation de volume pendant l'effort comme les tumeurs veineuses. » Mais cependant ces divers caractères permettront de ne pas les confondre avec les fibro-sarcomes dont le siège est, du reste, moins fixe.

Le sarcome des ganglions lymphatiques est une tumeur maligne qui s'observe habituellement chez les jeunes sujets ; il est fréquemment bilatéral. La tumeur est formée par l'agglomération de ganglions longtemps indépendants les uns des autres, et, d'autre part, l'examen du sang pourra fournir des renseignements.

Le diagnostic de l'épithélioma branchial du cou Veau (1899), Deytieux (1903), est probable quand on est en présence d'une tumeur maligne de la région carotidienne ayant tous les caractères d'un cancer secondaire des ganglions et que l'on ne peut trouver le néoplasme primitif. Disons aussi que le premier soin du clinicien en présence d'une tumeur ayant tous les caractères d'un branchiome cervical, comme, du reste, d'un fibro-sarcome, est d'examiner très scrupuleusement tous les organes dont les cancers peuvent réagir sur les ganglions cervicaux ou même sus-claviculaires : lèvres, langue, amygdales, fosses nasales, larynx, œsophage, estomac, intestin, et même testicules.

La tuberculose des ganglions est une affection du jeune âge ; elle est souvent bilatérale. La tumeur est irrégulière et formée de plusieurs ganglions mobiles. Le diagnostic différentiel en sera donc facile avec les fibro-sarcomes. Beaucoup plus difficile, par contre, sera celui des kystes dermoïdes profonds, cachés sous le sterno-mastoïdien, surtout quand la fluctuation fait défaut, ainsi que celui des enchondromes de la région.

Quant au goître, situé à sa place normale, il sera rarement cause d'erreur. Il n'en n'est pas de même des goîtres aberrants ; pour ces derniers, en effet, la consistance peut n'avoir aucune valeur, étant donné qu'un goître aberrant peut avoir subi la dégénérescence fibreuse. Le mouvement d'ascension de la tumeur pendant la déglution n'est pas un signe exclusif du goître : il existait dans les cas de fibro-sarcomes de Freeman et de de Quervain. Seule, la présence d'une branche

artérielle se rendant à la tumeur pourra, dans ces cas, permettre le diagnostic de goitre aberrant.

Une cause d'erreur rare sera celle de Kerr, qui prit pour un anévrysme de la carotide son fibrome du cou.

Enfin, lorsque le fibro-sarcome siège dans le voisinage de la glande sous-maxillaire, il faut songer aux tumeurs des glandes, et à l'hypertrophie d'origine inflammatoire de cette glande. Il sera souvent utile dans ces cas de rechercher si, à côté de la tumeur, on peut trouver la glande. L'examen combiné de la bouche et du cou peut aussi rendre plus facile le diagnostic de ces cas.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel des fibro-sarcomes dure-mériens ; mais nous ferons remarquer que souvent l'existence d'une tuméfaction au niveau du cou semble n'être qu'un fait banal et privé de toute signification, tant les phénomènes médullaires sont importants et dominent tout le tableau.

On pourra même parfois partager l'embarras de Boerner devant son malade et se demander, ainsi que lui, si l'on a pas affaire à deux affections différentes, évoluant simultanément chez le même individu : une affection médullaire grave et une tumeur du cou insignifiante, ou, au contraire, une tumeur particulière du cou, objectivement extra-rachidienne, mais cependant, auteur de tous les phénomènes médullaires observés. C'est un cas où il faudra beaucoup de sens clinique. Pour nous, nous nous contenterons de signaler qu'il pourra parfois y avoir lieu de différencier avec la sclérose latérale amyotrophique, ou même la syringomyélie.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous ne parlerons du traitement médical de ces tumeurs que pour reconnaître son impuissance ; ou, pour mieux dire, il n'existe pas de traitement médical pour ces néoformations et, ainsi que les médecins les plus en renom consultés jadis par la malade de Maisonneuve, nous dirons que « ces affections sont au-dessus des ressources de l'art. »

Trois de nos cas ont été traités médicalement ; tous les trois se sont terminés assez rapidement par la mort Dowse, Lebert (7), Zinn et Kock.

Par contre sur les trente cas traités chirurgicalement un seul s'est terminé par la mort ; c'est celui de Lécène. L'intervention avait été très grave dans ce cas, car on dut, pour enlever la tumeur, réséquer la carotide primitive, les deux carotides externe et interne du côté gauche, la jugulaire interne, le pneumogastrique etc... La mort eut lieu le huitième jour par

ramollissement progressif de l'hémisphère cérébral gauche.

C'est donc à la chirurgie que l'on doit avoir recours et la seule méthode, et la méthode de choix du traitement, est l'extirpation. Celle-ci est indiscutable, impérieuse ; elle doit être précoce ; il faut opérer ces néoformations pendant la période de bénignité et ne pas attendre, pour cela, les phénomènes de compression nerveuse ou médullaire. L'extirpation doit être totale ; s'il existe un pédicule, il faut le détacher et même ruginer le périoste à sa base d'implantation. L'opération sera le plus souvent facile pour les fibro-sarcomes de petit volume, elle se compliquera de certaines difficultés quand la tumeur sera déjà volumineuse.

Il est évident qu'à part les cas où la tumeur est surtout sarcomateuse et s'accompagne de signes de malignité, il faut éviter les larges interventions et les lésions des parties voisines. Quand la ligature d'un vaisseau important semble nécessaire, il y aura souvent avantage à la faire préalablement. On n'oubliera pas non plus que la ligature de la carotide primitive est toujours grave. Wyeth (1) a réuni un peu moins de huit cents cas qui ont donné plus de trois cents morts.

Mais si toute considération d'esthétique passe à l'arrière-plan devant la nécessité d'obtenir les meilleures conditions de guérison radicale, quand il s'agit de tumeurs sarcomateuses malignes ; on doit aux malades, dans tous les autres cas, de pratiquer l'incision cuta-

1. Farabeuf : *Précis de médecine opératoire*, p. 63.

née de façon qu'elle soit le moins gênante et le moins visible possible.

On a eu recours à des incisions cruciales ou en forme de T ou de L, ou bien de H, mais à tous ces procédés on a reproché de compromettre la nutrition de la peau et des lambeaux. Pour éviter cet inconvénient, de Quervain (*Semaine médicale*, 1900, p. 12) recommande l'incision transversale ou transversale oblique qui, d'après lui, est le procédé de choix pour les tumeurs de moyen volume. « Dans les cas difficiles une incision angulaire, avec formation d'un lambeau musculo-cutané et désinsertion du sterno-mastoïdien, soit en haut, soit en bas, dispense des incisions compliquées dont on abusait autrefois et remplit les conditions opératoires qui, en résumé, sont les suivantes : 1° l'incision doit assurer un accès facile au champ opératoire ; 2° permettre d'éviter toute lésion inutile des organes voisins ; 3° donner une cicatrice peu visible.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Observation I. — Athinson : *Med. and Phys. Journ.*, London 1813, XXX, p. 353.

Femme âge moyen. Apparition spontanée, il y a vingt ans, d'une tumeur grosse comme un petit pois au-dessous d'une oreille. Augmentation plus rapide les dix dernières années. Étourdissements.

Traitement. — Extirpation, la tumeur pesait trois livres; elle était lobulée. Les lobes périphériques étaient composés de tissu dur et fibromateux, les lobes médians de tissu graisseux.

Résultat. — Guérison.

Observation II.— Brodie : 1842, in Cormack. *Th. Paris*, 1870, p. 17.

Une jeune demoiselle me consulta en 1842 à propos d'une tumeur du cou. Cette tumeur se trouvait recouverte par le sterno-mastoïdien; mais elle glissait facilement sur les parties qui se trouvaient situées au-dessous.

Traitement.— Extirpation. — Ligature de la jugulaire interne. Embolie gazeuse, collapsus profond.

Structure. — Fibrome pur, sans caractères de malignité.

Résultat. — Guérison. — La malade revue deux à trois ans après l'opération ne présente aucun signe de récidive.

Observation III. — Blandin : *Bullet. de l'Acad. de Méd.* Paris 1842-43, VIII, p. 636.

Homme. — Tumeur qui siégeait à la partie postéro-supérieure et latérale du cou. Elle était placée en majeure partie au-dessous du trapèze. Elle s'élevait jusqu'au niveau de l'articulation de la tête avec l'atlas et descendait jusqu'à la partie supérieure de la poitrine; en arrière, elle dépassait un peu la ligne médiane au niveau de l'apophyse épineuse de la septième cervicale à laquelle elle adhérait fortement; en avant, elle atteignait la hauteur d'une ligne qui descendrait perpendiculairement du bord antérieur de l'apophyse mastoïde.

Elle datait d'un an seulement, et avait vite acquis un volume considérable.

Traitement. — Extirpation. Après incision cruciale, libération du pôle inférieur de la tumeur pour empêcher l'embolie gazeuse.

Structure. — Tumeur fibreuse.

Résultat. — Pas indiqué.

Observation IV. — Kerr: *Edimb Journ.* 1844. Janv. In *Arch. f. Klin. Chirurg.*, 1899. t. 58, fas. p. 29.

Femme âgée de 67 ans. Apparition, il y a trente ans, au niveau de l'angle de la mâchoire, d'une tumeur, grosse comme un petit pois. État stationnaire pendant huit à dix ans, augmentation et extension vers les parties déclives.

La tumeur est volumineuse, s'étend de l'angle de la mâchoire au sternum et à la clavicule. Le pouls est très lent, et il existe un souffle au niveau de la tumeur. Hémorragies, troubles de la déglutition et de la respiration.

Diagnostic — Anévrysme de la carotide,

Traitement. — Ligature de la carotide primitive et extirpa-

tion de la tumeur. Celle-ci siégeait au-dessous du sterno-mastoïdien et avait repoussé en dehors la carotide primitive.

Nature de la tumeur. — Tumeur fibreuse très vascularisée.

Résultat. — Il n'est pas indiqué.

Observation V. — Lebert: *Physiologie pathologique.* Vol. II, p. 170.

Une femme, âgée de 40 ans, portait, depuis sept ans, une tumeur siégeant à la partie latérale du cou, très dure et du volume d'un œuf de dinde ; cette tumeur s'étendait, en haut, jusqu'à l'apophyse mastoïde et l'os occipital; en bas, jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule. Sa surface était lisse au milieu, légèrement bosselée sur les côtés. Sur une partie du sommet de la tumeur, la peau était adhérente, rouge et enflammée. En haut, elle était recouverte par le sterno-mastoïdien; en arrière, par le trapèze, et elle s'étendait jusqu'à l'apophyse de l'atlas ; elle avait contracté des adhérences avec la paroi de la jugulaire interne. Quoique la tumeur fût volumineuse et eût duré depuis longtemps, on ne trouva aucun ganglion malade tout autour.

Traitement. — Ablation. La tumeur enlevée, offre sur une coupe fraîche, un aspect jaunâtre, lardacé, assez uniforme; elle présente, cependant, par places, nne injection vasculaire plus prononcée et elle est légèrement rouge par endroits. Sans crier sous le scalpel, elle offre une consistance ferme, elle est parsemée de taches blanchâtres et ternes.

Structure. — Tumeur fibreuse à réseaux denses s'entre-croisant dans tous les sens entre lesquels on rencontre des globules pâles, des globules graisseux et granuleux.

Résultat. — Pas indiqué.

Observation VI. — Lebert. *Ibidem*, p. 173.

Sexe indéterminé. Une tumeur s'étendait depuis l'oreille jusqu'à l'angle de l'omoplate, située sous le muscle trapèze et de forme ovoïde, avait été extirpée comme cancer colloïde. La

tumeur avait 14 centimètres de longueur sur 7 à 8 de largeur. Elle n'était pas lobulée ; elle adhérait par de la substance fibreuse à l'apophyse transverse gauche de la septième vertèbre cervicale.

Ouverte dans sa longueur, elle offrait un aspect jaunâtre et luisant, blanc et lactescent par places. Consistance très élastique et résistante.

Structure. — Tout son tissu est formé d'une trame fibreuse aréolaire ; dans l'interstice des fibres est contenue une matière gélatineuse jaunâtre qui, au microscope, offre absolument les mêmes caractères que le tissu fibreux plus dense. En comprimant la tumeur, on fait sortir une petite quantité de liquide filant. On trouve dans ce liquide des cellules très petites, pâles, sans noyau et des formes intermédiaires entre les fibres et les globules. Cette tumeur offre donc tous les caractères les plus tranchés d'une tumeur fibreuse et la matière visqueuse qui l'infiltrait se montre souvent dans les corps fibreux.

Observation VII. — Lebert. *Ibidem*, p. 179.

Une jeune fille, âgée de 20 ans, entre le 20 septembre 1868 à l'hôpital de Wurtzbourg, dans le service du professeur Schœnlein. Cette jeune fille avait été prise de douleurs et de fourmillements dans les membres supérieurs; ils cessèrent momentanément pour faire bientôt place à de l'engourdissement dans tous les membres. Fourmillements et engourdissement augmentèrent au point que la malade avait bientôt perdu l'usage de ses membres. Paralysie passagère des membres supérieurs et inférieurs, pouls accéléré, vive oppression, violentes palpitations, fréquents besoins d'uriner.

C'est alors qu'on s'aperçut que la malade portait sur le côté droit du cou, une tumeur ovoïde, placée sous le sterno-mastoïdien ; cette tumeur était mobile, mais douloureuse au toucher. Un traitement antiphlogistique et émollient n'eut point

d'effet. Après quelques oscillations dans les phénomènes de paralysie au cours desquels on constata des accès que le professeur Schœnlein comparait aux symptômes que l'on observe chez les animaux auxquels on a lié le pneumogastrique. Forte diarrhée. La malade mourut le 25 février, six mois après le début de son affection.

A l'autopsie. — On trouve, d'une manière indubitable, que la tumeur avait son siège dans le ganglion supérieur du nerf sympathique. Elle avait trois pouces de longueur, sur deux de largeur. Tous les nerfs crâniens et spinaux, en connexion avec le ganglion, étaient très hypertrophiés. Des tumeurs semblables existaient dans le canal rachidien. Cerveau et moelle normaux.

Examen histologique. — On ne trouve que des tissu fibreux sans éléments nerveux.

Observation III. — Crooke : *Lancet*, 1855. I. S., p. 64.

Femme. Il y a dix-neuf ans, apparition d'une tumeur, un pouce au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur gauche. Augmentation progressive pour atteindre le volume d'une orange. Un essai d'extirpation fait sans résultat, provoque une augmentation rapide de la tumeur ces derniers temps. Cette tumeur comprime le larynx, les vaisseaux et les nerfs du cou ; elle est douloureuse. Parésie de l'orbiculaire palpébral. Elle est mobile et surplombe, en haut, d'un pouce la branche montante du maxillaire inférieur ; elle descend jusqu'à l'apophyse mastoïde du temporal qu'elle déborde. Forme d'un œuf. Surface bosselée, en partie molle, en partie dure. La peau qui la recouvre est mince et bleuâtre à sa partie supérieure.

Traitement. — Extirpation. La tumeur adhérait à la gaine des gros vaisseaux du cou et au sterno-mastoïdien. Elle mesurait six pouces et demi de longueur sur quatre de largeur.

Histologie. — Enveloppe fibreuse épaisse émanant des septa

qui séparent les différents lobules. Ces lobules sont de constitution fibreuse.

Résultat. — Guérison.

Observation IX. — Maisonneuve. *Gaz. des hôp. de Paris*, 1854, p. 383.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une femme de 35 ans. Elle s'est aperçue, depuis deux ans, d'une petite tumeur développée vers le milieu de la région latérale gauche du cou. Cette tumeur adhérente aux parties osseuses n'occasionnait tout d'abord qu'une gêne assez légère ; mais bientôt elle acquit un développement qui amena des troubles inquiétants du côté de la respiration. Effrayée, la malade vint à Paris consulter les chirurgiens les plus en renom. Tous jugèrent que son affection était au-dessus des ressources de l'art, et cette pauvre femme était presque résignée à retourner mourir dans son pays, quand on lui conseilla d'aller consulter M. Maisonneuve. C'était le 18 juin 1854.

La tumeur occupait toute la région latérale gauche du cou, verticalement depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au-dessous de la clavicule, et transversalement depuis les apophyses épineuses jusque derrière le larynx et la trachée, qui se trouvaient fortement refoulés à droite. Il était facile de reconnaître sur la face externe l'artère carotide et la veine jugulaire interne, ainsi que les muscles sterno-mastoïdien et trapèze. Légèrement bosselée à sa surface, elle était de consistance dure et résistante comme le tissu fibreux. Impossible de lui imprimer le moindre mouvement sur les parties profondes, mais la peau, parfaitement intacte, glissait sur elle avec facilité. Bien que la malade accusât des douleurs assez vives, la pression n'y développait aucune sensibilité.

Diagnostic. — Maisonneuve n'hésita pas à diagnostiquer une tumeur fibreuse adhérente aux apophyses transverses des vertèbres.

Traitement. — Extirpation par la méthode du morcellement, après incision cruciale. La tumeur adhérait à l'apophyse transverse et à l'apophyse épineuse d'une vertèbre cervicale.

Histologie. — Fibrome pur.

Résultat. — Guérison.

Observation X. — Browne. *Dublin. Quart. Journ. méd. sc.*, 1857, XXIV, p. 464.

Femme, âgée de 34 ans. Tumeur du cou datant de deux ans. Au début, cette tumeur était grosse comme une noisette, augmenta d'abord lentement, puis rapidement dans les six derniers mois. La localisation primitive de cette tumeur ne correspondait nullement au centre de la tumeur ultérieure. Elle s'étendait depuis la deuxième vertèbre cervicale jusqu'à l'acromion du côté droit, en largeur, depuis la ligne médiane de la nuque, jusqu'au sterno-mastoïdien, facilement mobilisable.

Traitement. — Extirpation : incision longitudinale et morcellement. La tumeur adhérait à l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre cervicale et à l'apophyse transverse des quatrième et cinquième vertèbres cervicales, à l'acromion et à l'extrémité acromiale de la clavicule.

Structure. — Tumeur fibreuse.

Résultat. — Guérison.

Observation XI. — Partridge. *Transact. of Path. sc. London*, 1859-1860, XI, p. 260.

Femme âgée de 26 ans, a remarqué depuis trois mois l'existence d'une tumeur au niveau de son cou. Cette tumeur est dure, un peu mobile, siège au niveau des apophyses épineuses, sous la masse musculaire de la nuque.

Traitement. — Extirpation. La tumeur avait des connexions épineuses et siégeait sous les complexus.

Histologie. — Tumeur fibreuse renfermant quelques corpuscules graisseux.

Résultat. — Il n'est pas indiqué.

Observation XII. — Middlemist : *Lancet*, London, 1862, I, p. 355.

Jeune homme, âgé de 16 ans, a remarqué depuis cinq ans, une tumeur siégeant sur le côté du cou. Augmentation continue, plus rapide depuis dix mois. La tumeur est grosse comme un œuf, lisse, large d'un pouce, placée sous l'angle gauche du maxillaire inférieur, au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Tumeur peu mobile, présente des pulsations, des battements que lui transmet la carotive sous-jacente. La peau est libre au-dessus de la tumeur.

Traitement. — Extirpation. La tumeur recouvre la gaine des vaisseaux du cou.

Examen histologique. — Nature fibreuse.

Résultat. — Guérison.

Observation XIII. — Huguier : *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1862, n° 133, p. 531.

Le 24 novembre 1862, est entrée à l'hôpital Beaujon la nommée C... (Marie), âgée de 25 ans, d'une bonne constitution et d'une santé générale satisfaisante. Elle n'offre aucun antécédent que l'on puisse rattacher à une diathèse.

Le motif qui l'amène à l'hôpital est une tumeur située à la région occipito-cervicale postérieure ; ce mal débuta, il y a sept ans, par une petite grosseur du volume d'un pois, s'accompagnant d'une sensation de prurit dont la malade se souvient comme ayant ouvert la série des souffrances.

Aujourd'hui, cette tumeur offre le volume d'un poing d'adulte.

Des douleurs se font sentir dans la partie malade et quelquefois il se déclare d'assez violents maux de tête.

La région occipito-cervicale postérieure présente une saillie très marquée qui est recouverte par les cheveux.

La tumeur est limitée en haut et séparée du crâne par un sillon nettement accusé, situé vraisemblablement un peu au-dessus de la ligne courbe supérieure de l'occipital ; inférieurement, elle se prolonge sous la peau jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la portion cervicale du rachis ; latéralement, enfin, elle est bornée par les apophyses mastoïdes.

Les téguments sont sains.

Point d'engourdissement, point d'œdème qui puissent faire croire à la compression de nerfs ou de vaisseaux.

Si on palpe la tumeur, on la trouve d'une consistance molle, mais d'une mollesse moindre que celle du lipome, uniforme d'ailleurs, et point lobulée, quelque peu mobile.

Le *diagnostic* ne fut pas porté.

Traitement. — Extirpation qui se fit sans peine. Il existait un pédicule, peu résistant, qui céda pendant l'énucléation. Ce pédicule s'insérait sur les apophyses épineuses et transverses et sur l'occipital à sa partie inférieure.

Examen de la tumeur. — La tumeur convexe à sa partie postérieure, est bilobée à sa partie antérieure : les deux lobes sont séparés par une sorte de poulie, du milieu de laquelle naît le pédicule.

D'une consistance ferme, élastique, la dite tumeur rappelle, jusqu'à un certain point, une balle de caoutchouc.

On reconnaît à la coupe que sa structure est en tous points celle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Elle se compose d'une enveloppe fibreuse, peu vasculaire, et d'un tissu propre qui semble moins vascularisé encore. Ce tissu, d'une densité assez considérable, est formé de fibres blanches, nacrées, entre-croisées en divers sens et séparées çà et là par quelques dépôts graisseux, peu nombreux d'ailleurs et peu abondants.

L'examen microscopique vient confirmer ce que l'examen à l'œil m'avait déjà fait constater.

Résultat. — Il n'est pas indiqué.

Observation XIV. — Richard : *Gazette des hôpitaux*, 1862, n° 133, p. 531.

C'est une femme de 30 ans environ, ordinairement bien portante, bien réglée. Il y a quelques années elle s'est aperçue d'une tumeur de la région latérale du cou.

Cette tumeur survenue sans cause connue a pris un développement rapide et a produit de la gêne et de la douleur qui forcent la malade à réclamer une opération.

Elle était située sur la partie latérale du cou, s'étendant à travers depuis les apophyses épineuses jusqu'au bord postérieur du sterno-mastoïdien. Dans le sens vertical, elle occupait toute la hauteur du cou depuis la région occipito-mastoïdienne jusqu'au bord du scapulum. Le relief qu'elle faisait n'était pas en rapport avec son volume réel ; on voyait qu'elle était comprimée par les masses musculaires de la région. Aussi, dans la région sus-claviculaire, où les muscles font défaut, avait-elle pris un peu plus de développement, et si l'on fait contracter les muscles du cou, la tumeur proémine davantage dans cette région.

La peau qui la recouvre est saine, peu distendue, on peut la plisser encore. Il n'y a pas de veines variqueuses au-dessus d'elle.

La consistance de la tumeur est grande ; la pression fait reconnaître des lobules surtout à la périphérie et à la circonférence de la tumeur. Il y a une certaine élasticité, pas de fluctuation. La profondeur à laquelle elle se trouve, empêche de reconnaître s'il existe de la mobilité à la base.

Diagnostic. — Tumeur fibreuse.

Traitement. — Incision en T renversé. Extirpation : L'énu-

cléation des parties siégeant sur les masses musculaires, a présenté quelques difficultés. Il existait un pédicule qui s'implantait sur le bord supérieur de l'omoplate, un peu en dedans du trou sus-épineux.

Examen de la tumeur. — Elle offre le volume d'une tête de fœtus à terme; elle est un peu aplatie et en rapport avec la forme du cou, de sorte qu'elle a une face superficielle convexe, sur laquelle sont encore appliquées quelques fibres musculaires et une face profonde concave qui se moulait sur la colonne cervicale.

Son aspect extérieur est lobulé; à l'incision, on reconnaît tous les caractères des tumeurs fibreuses : tissu dur, blanc, lamineux.

Résultat. — Guérison.

Observation XV. — Partridge : *Med. Times and Gaz. London*, 1867, II, p. 318.

Jeune homme de 20 ans, porte une tumeur très volumineuse du cou. Celle ci a débuté à l'âge de 4 ans; elle est un peu plus grosse qu'une tête d'adulte et descend de la partie postérieure de la tête sur la nuque et jusque dans la région interscapulaire. La peau qui la recouvre est un peu épaissie mais non adhérente. La tumeur est peu mobile, nettement délimitée.

Traitement. — Extirpation : on reconnaît que la tumeur s'insère depuis la protubérance occipitale externe jusqu'à la hauteur des apophyses épineuses. L'origine de la tumeur semble siéger dans le ligament de la nuque.

Histologie. — Tumeur fibromateuse, ossifiée par endroits.

Résultat. — Guérison.

Observation XVI. — Barton : *Dublin. Journ. of med. sc.*, 1870, I, p. 201.

Enfant de 2 mois, fit une chute à l'âge de 3 semaines. Depuis cette époque apparut une tumeur au niveau du cou; elle augmenta assez rapidement. Elle est grosse comme une tête d'en-

fant sans connexion avec la colonne vertébrale mais adhérente à la peau.

Traitement. — Ablation en deux temps.

Structure. — Pas de nature maligne ; la tumeur est composée de tissu conjonctif et d'un peu de tissu graisseux.

Résultat. — Il n'est pas indiqué.

Observation XVII. — Dowse : *Brit. med. Journ.*, 1871, II, p. 292.

Homme. Fibrome de la dure-mère qui émerge du canal rachidien entre les deuxième et troisième vertèbres cervicales, par un pédicule long d'un pouce. Il forme dans le triangle postéro-supérieur de cou, une tumeur grosse comme une orange. Paralysie des membres supérieurs et inférieurs.

Traitement. — Médical.

Résultat. — Mort par compression de la moelle cervicale par la portion intra-rachidienne de la néoformation.

Observation XVIII. — Waitz : in *Langenbeck's archiv.* vol. XXI, p. 621.

Jeune femme âgée de 24 ans. Tumeur du cou remarquée depuis un an. Cette tumeur a le volume d'un œuf d'oie ; elle fait saillie au niveau de l'épaule gauche, sous le muscle trapèze.

Diagnostic. — Elle a été considérée comme un fibrome sans autres explications.

Traitement. — Extirpation.

Résultat. — Guérison.

Observation XIX. — Kroenlein : *Langenbeck's archiv.* 1875-1876, vol. XXI, suppl. p. 132.

Homme âgé de 54 ans. Porte une tumeur au-dessus de la clavicule droite depuis trois ans. Pendant deux ans, cette tumeur est

restée grosse comme une prune, puis elle a augmenté rapidement. Actuellement elle a le volume d'une tête d'enfant, peu mobile sur les parties profondes, non adhérente à la peau. Elle occupe le creux sus-claviculaire droit.

Traitement. — Extirpation. La tumeur s'insérait par un pédicule fibreux sur la première côte.

Histologie. — Aucune indication ; mais le diagnostic était celui de fibro-sarcome.

Résultat. — Guérison.

Observation XX. — Butcher. *Dublin Journ. of med. sc.* 1877, t. 63, p. 417.

Femme âgée de 49 ans. Début de la tumeur à l'âge de 17 ans par une petite grosseur au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche. Augmentation continue. — La tumeur est de volume assez considérable, siège sur le côté gauche du cou et déforme la moitié correspondante de la face. La tête est inclinée vers la droite. La tumeur s'étend jusqu'à la clavicule. Consistance élastique par endroits, très dure. Peau amincie. Mobilité relativement accentuée, malgré les connexions probables avec les parties profondes du cou. Pas de douleurs. Simples troubles dus au volume de la tumeur.

Traitement. — Extirpation de la totalité de la tumeur. Elle présente trois prolongements profonds dont un passe entre la carotide externe et la carotide interne, immédiatement au-dessus de leur naissance.

Structure. — Néoformation fibreuse avec dépôts graisseux.

Résultat. — Guérison par seconde intention et déformation esthétique minime.

Observation XXI. — Morris : *Lancet*, 1881. II, p. 363.

Homme âgé de 52 ans. Début il y a trois ans d'une tumeur volumineuse du cou. Augmentation lente pendant deux ans et

demi ; puis augmentation rapide. La tumeur siège à la région antérieure et droite du cou. Gangrène de la peau sus-jacente. Hémorragies. Pas de troubles fonctionnels, à part ceux dus au volume de la tumeur.

Observation XXII. Freeman : *Brit. med. Journ. London*, 1884. I, p. 1083.

Homme. Tumeur dure, arrondie, grosse comme un œuf de poule, mobile, située dans le triangle antérieur du cou, au niveau du corps de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde, et en arrière de ces organes.

Pendant la déglutition la tumeur se meut avec le larynx. Elle ne provoque pas de troubles particuliers. Développement de la tumeur en six mois.

Traitement. — Extirpation. La tumeur, à l'examen microscopique, a toutes les apparences d'une tumeur fibreuse.

Résultat. — Récidive douze mois après l'intervention. La nouvelle tumeur est dure, mobile, s'étend en haut jusqu'à la mastoïde. Pas d'adénopathies, ni de douleurs.

Traitement. — Extirpation. La tumeur adhérait légèrement au maxillaire inférieur.

Examen de la tumeur. — Macroscopiquement, la tumeur récidivée ressemble à du fibrome avec des zones ramollies.

Au microscope : c'est du fibro-myxo-sarcome, avec prédominance fibreuse.

Résultat. — La guérison suivit cette seconde intervention.

Observation XXIII. — Falck : *Th. de Kiel*, 1887. In *Arch. f. Klin. Chir.*, 1899. T. 58, fasc. I, p. 20.

Femme, âgée de 38 ans. La tumeur du cou a été remarquée il y a un an environ ; elle a augmenté d'abord lentement, puis rapidement ces derniers mois. Elle siège au-dessous et en arrière du sterno-mastoïdien et s'étend en haut, jusqu'à la région

naso-pharyngienne. Le larynx et la trachée sont repoussés à droite. La surface de la tumeur est lisse, la consistance en est cartilagineuse.

Céphalées; douleurs irradiées, paresthésie sur le côté gauche du cou et dans le bras gauche. Torticolis. Difficultés de la déglutition avec fréquentes envies d'avaler.

Le bras gauche ne peut pas dépasser la position horizontale. Pas de troubles du côté du nerf sympathique.

Diagnostic. — Fibrome.

Traitement. — Extirpation. La tumeur s'étendait depuis la base du crâne jusqu'à l'ouverture supérieure du thorax. Elle était adhérente aux muscles du pharynx et au périoste des apophyses transverses des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales. Point de départ probable. Le tissu conjonctif périmusculaire du long du cou.

Résultat. — Guérison. Légère ptose de la paupière gauche. Les troubles de la déglutition et autres ont complètement disparu.

Observation XXIV (rapportée par de Quervain).
Nichauss : *Arch. f. Klin. Chirurg.*, 1899, t. 58, fasc. 1, p. 2.

J. W..., jeune fille de 13 ans, porte une tumeur siégeant sur le côté gauche du cou. Cette tumeur a débuté il y a six ans et a augmenté peu à peu depuis. L'ouverture palpébrale gauche est plus étroite que la droite ce qui prouve un trouble du côté du sympathique.

La tumeur est grosse comme le poing, fusiforme, mobile, recouverte par le sterno-cléido-mastoïdien, sans connexions avec le corps thyroïde. Sa consistance est dure.

Traitement. — Extirpation. La tumeur remontait jusqu'à la base du crâne et descendait jusqu'à l'ouverture du thorax.

Résultat. — Guérison ; mais persistance d'une légère ptose palpébrale du côté gauche.

Examen de la tumeur. — La pièce présente à la coupe la consistance d'un fibrome. L'examen histologique démontra que le tissu fondamental était du tissu fibreux avec quelques fibres nerveuses et quelques cellules ganglionnaires (Institut pathologique : Professeur Langhans).

Observation XXV. — de Quervain : *Arch. f. Klin. Chirurg.*, 1899, t. 58, fasc. 1, p. 1.

Léon V..., âgé de 30 ans, remarqua en 1891, la présence d'une tumeur grosse comme une noisette, au niveau de la partie supéro-latérale gauche du larynx. Cette tumeur atteignit graduellement le volume d'un œuf de poule.

En 1896, apparition de douleurs sans autres troubles.

C'est à ce moment que le malade vient me consulter.

Jeune homme bien constitué. La tumeur grosse comme un œuf de poule est située à gauche entre la région sous maxillaire et le larynx dont elle suit les mouvements pendant la déglutition.

La peau est normale.

A la palpation, on sent une tumeur située à gauche et au-dessous du larynx, assez mobile par rapport à ce dernier; on mobilise facilement la peau au-dessus de la tumeur.

Elle est dure et lisse, non fluctuante, on ne découvre nulle part une artère de quelque importance se rendant à la néoformation qui est nettement indépendante de la glande sous-maxillaire.

Pas de ganglions enflammés.

L'examen laryngoscopique ne révèle rien d'anormal. La tumeur n'est pas sensible à la pression et n'altère ni la respiration, ni la phonation, ni la déglutition ; néanmoins, elle gêne le malade et lui cause des douleurs depuis un an environ.

Le diagnostic resta hésitant.

Traitement. — Opération le 14 décembre 1896. L'extrémité

inférieure de la tumeur est facilement isolée ; à l'extrémité supérieure on trouve un pédicule d'un demi-centimètre d'épaisseur qui va se fixer vers la grande corne de l'os hyoïde. Ce pédicule est détaché au thermo-cautère.

Le malade sort le 21 décembre 1896.

Résultat. — Nouvelles reçues le 2 mars 1898 : L'opéré se porte bien. Pas de récidive.

Description de la tumeur. — Elle est arrondie, un peu aplatie; elle mesure 6 centimètes de long sur 1 centimètre et demi d'épaisseur. Le pédicule mesure un demi centimètre d'épaisseur environ.

A la coupe, le tissu apparaît dur, blanchâtre, avec les caractères macroscopiques d'un fibrome pur. Pas de cavité dans le centre de la tumeur, ni dans le pédicule.

Examen microscopique. — La tumeur est entourée d'une capsule conjonctive, vascularisée par endroits. Le tissu fondamental se compose de faisceaux conjonctifs striés, riches en cellules avec des noyaux fusiformes. Entre les faisceaux, se trouvent des amas de cellules fusiformes ; il y a peu de substance intercellulaire ; sur certains points les noyaux sont rares et les cellules entourées d'un tissu conjonctif lâche. On ne rencontre pas de cavités.

Il s'agit donc d'un fibrome riche en cellules. Les régions à noyaux abondants et à substance intercellulaire très réduite sembleraient indiquer une transformation sarcomateuse, ce qui n'est point l'avis du professeur Langhans qui pense que cette opinion n'est pas justifiée, puisqu'il existe de la substance intercellulaire.

Au point de vue clinique, la transformation sarcomateuse trouverait une confirmation dans les douleurs qui se sont manifestées depuis un an.

Observation XXVI. — Heurteaux : *Bullet. et Mém. Soc. de Chirurg. de Paris*, 20 juillet 1898, p. 757.

Fibrome volumineux du cou d'origine intra-rachidienne.

R... Françoise, 37 ans, entre à l'hôtel-Dieu de Nantes, le 27 avril 1898 pour une volumineuse tumeur occupant le côté droit du cou.

A l'âge de dix ans, elle s'est aperçue de la présence de cette tumeur qui était alors grosse comme le pouce. Depuis, elle a augmenté sans douleurs.

Aujourd'hui, elle occupe le côté droit du cou depuis le lobe de l'oreille jusqu'à la clavicule ; son grand axe suit la direction du sterno-cléido-mastoïdien qui passe à sa surface. En arrière la tumeur déborde le bord postérieur de ce muscle; en dedans, elle côtoie le larynx et la trachée.

Dans son ensemble, elle a la forme d'un cône dont le sommet est dirigé en bas et dont la base dirigée en haut est engagée sous le bord du maxillaire inférieur et dépasse en arrière l'apophyse mastoïde.

La veine jugulaire externe très volumineuse croise obliquement la tumeur.

La peau est normale.

Au palper, on sent que la tumeur est composée de deux ou trois gros lobes qui donnent la sensation de grosses glandes lymphatiques et qui ne sont pas indépendants les uns des autres. La tumeur est mobile par rapport aux organes voisins, les doigts peuvent être insinués entre elle et la trachée et le larynx. Ces explorations ne provoquent pas de douleurs.

L'état général de la malade est excellent.

Je porte le diagnostic d'adéno-fibrome de la parotide, né dans les lobes les plus inférieurs de la glande.

Opération. — Le 30 avril 1898.

L'extrémité inférieure de la tumeur est facilement énuclée ;

en haut, le néoplasme s'enfonce profondément, côtoyant la jugulaire interne et les carotides ; le doigt ne peut le suivre jusque sur la colonne vertébrale où il semble s'insérer.

En isolant la tumeur avec le doigt, on arrive à sentir dans le corps d'une vertèbre un trou à contours nets dans lequel pénètre le pédicule de la tumeur, ayant à peu près le volume de l'index.

Par des tractions on fait sortir ce pédicule long de 4 centimètres et présentant deux ou trois renflements successifs ; à ce moment sort un flot de liquide céphalo-rachidien. En réclinant la tumeur en avant, nouveau flot de liquide, on interrompt ces tentatives et on coupe le pédicule.

La malade sort de l'hôpital guérie.

Examen de la pièce. — La tumeur pèse 473 grammes. Elle a 24 centimètres de long sur 8 cm. 1/2 de large. La surface grisâtre présente des dépressions. Le pédicule moniliforme est gros comme l'index.

La consistance de la tumeur est dure et élastique.

A la coupe, la tumeur a l'aspect d'un tissu fibreux avec fibres denses entrelacées sans ordre particulier.

L'examen histologique confirme cette appréciation.

Observation XXVII. — Lœvy et Lœper : *Bullet. et mém. Soc. anat.*, Paris, 1899, p. 1104.

A..., 35 ans, couturière, entre le 18 novembre 1899, à l'hôpital Tenon dans le service de M. Poirier.

La malade entre à l'hôpital pour une volumineuse tumeur occupant le côté droit du cou, tumeur qui commence à gêner la respiration, la déglutition et dont le développement l'inquiète.

Il y a dix-huit mois, la tumeur a débuté par une tuméfaction dans la région sus-claviculaire droite ; en même temps apparaissent des douleurs dans la région de la nuque et du gonflement à ce niveau. Puis la progression s'est faite rapidement

et depuis quelque temps la malade ressent par moments de vives douleurs dans la nuque et la tête, surtout la nuit.

La malade aurait subi de mauvais traitements et reçu des coups sur la région du cou.

A l'inspection, on constate la présence d'une tumeur occupant toute la région droite du cou, portant en arrière, des apophyses épineuses, dépassant en avant la région médiane et refoulant à gauche le larynx. Cette tumeur oblige la malade à incliner la tête du côté opposé ; elle présente un aspect uniforme, pas de bosselures ; pas de saillies. La peau est de coloration normale en avant et en arrière ; vers la partie droite du cou, on relève une teinte bleuâtre.

A la palpation, la tumeur est dure, uniformément dure, en avant et à droite adhérente à la peau et s'étend de la clavicule et de l'épine de l'omoplate à l'apophyse mastoïde. Il est impossible de ressentir le relief du sterno mastoïdien. La palpation est légèrement douloureuse près des apophyses épineuses en arrière ; la tumeur est un peu moins résistante à ce niveau.

Dans le creux sus-claviculaire gauche, dans l'aisselle gauche, quelques petits ganglions. Nous étions donc en présence d'une tumeur ayant envahi une partie considérable du cou, tumeur présentant les caractères cliniques du lymphosarcome.

La question d'une intervention des plus graves se posait dans le service, lorsque la malade se plaignit de troubles résultant de la compression du larynx et du pharynx.

L'opération fut pratiquée le 18 novembre. Aussitôt la peau incisée, on découvre une tumeur présentant l'aspect d'un fibrome utérin, tumeur blanche, résistante, sans capsule ; impossible de trouver un plan de clivage : il faut procéder par morcellement. La tumeur saigne peu, pas de traces de muscles ; les carotides primitive, interne, externe sont disséquées dans toute leur étendue, on arrive en avant sur la trachée, en arrière sur les vertèbres ; en haut à la base du crâne, en bas, contre la clavicule. La tumeur plonge dans le médiastin.

Pas de jugulaire, pas de pneumogastrique. On aperçoit, à un

moment donné, une petite fente de un centimètre de large siégeant à la partie interne de la clavicule et qui est peut-être le reste de la jugulaire interne.

A ce moment des accidents graves d'ordre nerveux se traduisent : les pupilles se dilatent, les lèvres se décolorent, la face se cyanose ; on termine rapidement : Pinces à demeure, pansement légèrement compressif. Deux jours après, enlèvement des pinces ; le troisième jour, suture de la plaie.

La malade va très bien, mais présente du myosis du côté droit et de la rougeur de la pommette.

Elle sort de l'hôpital après guérison opératoire, le 4 janvier 1900.

Examen histologique par M. Lœper. — La tumeur présente le volume des deux poings environ, elle est nettement bosselée et formée par quatre masses hémisphériques à contours très réguliers. Elle est blanchâtre, comme nacrée, elle ne saigne point à la coupe et son aspect peut être assez exactement comparé à celui d'un fibrome utérin.

On distingue des travées fibreuses, sinéuses, entrelacées formant en relief un élégant réseau. En aucun point le tissu n'est dégénéré non plus que ramolli. Point de traces de kyste ou d'hémorragie intra-néoplasique.

La pièce fixée à l'acide acétique et alcool, a été incluse dans le collodion et colorée par divers procédés.

Sur trois coupes prises en différents points, la tumeur apparaît sans membrane d'enveloppe, se continuant directement et sans ligne de démarcation avec les aponévroses et les muscles environnants.

Le tissu est remarquablement homogène. Il est fait de fibrilles conjonctives entrelacées, semées de noyaux fusiformes très allongés se colorant fortement par les réactifs nucléaires et présentant nettement l'aspect de cellules conjonctives. Par places, on rencontre quelques capillaires et quelques sinus veineux à paroi peu distincte. Le tissu est fort dense et, les vaisseaux importants que l'on y rencontre ont une lumière fort étroite et des lésions légères de périartérite et de périphlébite.

Nous n'avons en aucun point noté de cellules anormales, non plus que d'éléments migrateurs ; partout on rencontre la même structure, à savoir du tissu fibreux banal, sans trace de tissu sarcomateux.

Au centre de la tumeur, nous avons rencontré quelques fibrilles musculaires à peine apparentes, vestiges des muscles englobés par la tumeur.

Par aucune méthode nous n'avons pu mettre en évidence de tronc nerveux, nous avons d'ailleurs en vain cherché la jugulaire interne que l'on supposait englobée par le néoplasme.

Nous résumons en quelques mots cette courte discussion. Le fibrome que nous avons examiné, a repoussé sans doute les organes plutôt qu'il ne les a détruits, envahis ou englobés.

Histologiquement bénigne, son extension assez rapide permet cependant d'affirmer une tumeur cliniquement maligne, dont les prolongements n'ont sans doute pas été extirpés et la récidive est possible. L'histologie, en présence de semblables néoplasmes ne peut en dire la nature, mais elle ne peut en préciser la malignité, non plus que prévoir la récidive.

Observation XXVIII (*Résumée*).

Zinn et Kock. *Charité Annales, XXV*, p. 117-128.
Ref. Schmidt's, Jahrbücher. Band. 272.

Mme X... H., âgée de 31 ans. En *juillet 1897*, fourmillements dans les deux jambes et dans le bras droit.

Vers la fin de l'*année 1897*, grande faiblesse dans la main droite; la malade ne possède plus aucune force du côté droit.

Vers *avril 1898*, aggravation : La jambe droite se contracture, la main droite devient inerte. Pupilles normales. Réflexe rotuliens exagérés, s'accompagnent de trémulations à droite. Clonus des deux pieds. Pas de troubles de la sensibilité au contact ni à la douleur. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Organes profonds sains. Pas de fièvre.

Au début de juin 1898, on constata dans le creux sus-claviculaire droit, l'existence d'une tumeur grosse comme une noix, dure et douloureuse. A la pression, les douleurs s'irradiaient jusque dans la main droite.

Diagnostic. — Tumeur du voisinage de la moelle épinière avec compression et les phénomènes paralytiques le démontraient manifestement.

En fin *août 1898.* — La jambe gauche et le bras gauche sont paralysés à leur tour. L'état général est encore bon.

Au milieu d'*octobre 1898.* — Contracture très forte des deux jambes. Sensibilité diminuée.

Tout mouvement de flexion est presque aboli aux membres supérieurs, si la malade veut fermer la main, l'index et le petit doigt font les cornes.

Les urines ne sont pas toujours retenues.

Vers *décembre 1898.* — Les urines commencent à devenir troubles et en janvier 1899, elles sont purulentes. Les jambes ne peuvent plus rester en repos, elles sont sans cesse et involontairement lancées en haut, et laissées tomber lourdement, puis elles s'élèvent de nouveau pour retomber, etc.

En février 1899. — Douleurs dans les genoux. Mouvements des hanches difficiles. La malade ne peut plus soulever ses jambes.

Le 3 mars 1899. — Malade pâle, faible. Température 38°,2. Cystite purulente. Vue bonne, pupilles égales réagissant, un peu dilatées.

Les deux jambes sont paralysées avec fortes contractures, cependant les orteils peuvent se mouvoir. Pas d'atrophie apparente. Réflexes exagérés surtout à droite.

Troubles de la sensibilité surtout à la douleur, diminuée à droite. La sensibilité à la chaleur et au froid est abolie des deux côtés.

Pas de réaction de dégénérescence au courant faradique ni au courant continu.

Au tronc. — La contraction des muscles de la paroi abdominale est faible.

La sensibilité au contact, à la douleur est abolie à la partie inférieure du thorax, exagérée à la partie supérieure jusqu'au niveau de la troisième côte.

Aux bras. — Atrophie du triceps, deltoïde, muscles inter osseux, muscles extenseurs des doigts, des deux côtés.

La paralysie n'est pas complète, les mouvements peuvent se faire suivant une légère amplitude.

Au courant faradique. — Pas de réactions des deux nerfs radiaux. Les muscles deltoïde, triceps ne réagissent pas avec la même intensité des deux côtés.

Au courant galvanique. — Réaction abolie des deux nerfs radiaux, complète réaction de dégénérescence des muscles qu'ils innervent ainsi que du deltoïde Réaction de dégénérescence partielle des extenseurs des doigts et des interosseux.

Paralysie vésicale. — Incontinence d'urines. Incontinence des matières. La colonne vertébrale se met en cyphose, lorsqu'on assoit le malade pour l'examiner ; pas de gibbosité, pas de signes de compression médullaire.

Examen de l'appareil pulmonaire et des autres appareils : rien. Température 39°8.

Mort le 16 mars 1899.

Autopsie. — Cerveau et méninges, rien à signaler. Au niveau de la moelle enlevée d'après le procédé habituel, on constata que la septième branche cervicale, était grosse comme le doigt à la sortie du sac dure-mérien et plongeait aussitôt dans une tumeur qui se continuait à travers un trou de conjugaison considérablement agrandi. La tumeur allait jusqu'au plexus brachial et avait la forme d'une figue.

L'extrémité supérieure de cette tumeur est plate, régulière, lisse, de consistance très ferme de coloration blanchâtre, et située en partie dans le sac dure-mérien et en partie en dehors entre les deux racines antérieures et postérieures de la septième branche.

Les racines antérieure et postérieure de la septième branche sont très fortement aplaties.

La substance médullaire au point où s'exerçait la compression est très blanche (2 cm.) les méninges sont parcourues par un réseau veineux très abondant.

Les racines antérieures et postérieures de la septième branche enlacent la tumeur.

Les autres organes sont sains à l'exception des reins où il existe de petits abcès et de la vessie qui est remplie d'un liquide verdâtre, ses parois sont très œdématiées et enflammées.

Histologie. — L'examen de plusieurs coupes pratiquées sur la partie intra-dure-mérienne de la tumeur et sur la partie extra-vertébrale montra, que l'on avait affaire à un véritable fibrome développé dans la septième branche cervicale. Par son développement progressif, ce fibrome avait considérablement aminci et finalement presque sectionné la branche nerveuse.

Apparemment, ce point de départ semble dans la septième branche nerveuse cervicale ; mais ce fait est difficile à établir.

Le fait que la plus grande partie de la tumeur était extra-rachidienne pourrait, d'autre part, porter à penser à une origine extra-vertébrale.

Observation XXIX. (*Résumée*). Cunéo et Dainville : *Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1903, LXXVIII, p. 592-594.

F..., Blanche, 23 ans, entre le 23 juin 1903 à l'hôpital Saint-Louis, service du Dr Richelot pour une tumeur volumineuse occupant le côté droit du cou.

La malade s'est aperçue de cette tumeur au commencement de 1900. Depuis cette époque le néoplasme n'a cessé d'augmenter et, peu à peu, il est arrivé à provoquer des phénomènes douloureux qui, surtout depuis quatre mois, ont pris une grande intensité.

Examen. — La malade porte sur le côté droit du cou une tumeur, grosse comme les deux poings réunis, qui a la forme d'un

œuf dont la grosse extrémité répond à la région parotidienne. En haut, elle est limitée par cette loge et s'étend derrière la pavillon de l'oreille ; en arrière, elle va jusqu'au bord externe du trapèze ; en avant, jusqu'à la région antérieure du cou à deux travers de doigt du tube laryngo-trachéal ; enfin en bas, elle descend jusqu'au creux-sus-claviculaire. La peau qui la recouvre a une coloration normale et reste mobile.

A la palpation. — Tumeur lisse, bien limitée, sans fluctuation, à sa partie antérieure on voit et on sent les battements de la carotide.

A l'examen général.—On note : pâleur du côté droit de la face. La paupière supérieure droite tombe un peu sur l'œil. Myosis à droite ; de plus, léger nystagmus un peu plus marqué du côté droit. Pas de rétrécissement du champ visuel.

La bouche et les traits du visage sont légèrement déviés et dénotent une légère paralysie du facial droit.

Opération. — L'énucléation de la tumeur est facile sur la plus grande partie de son étendue, pourtant en haut l'ablation devient délicate parce que la tumeur se prolonge jusqu'au niveau du trou déchiré postérieur.

Suites opératoires excellentes. Les troubles de la compression nerveuse diminuent.

Examen de la tumeur. — Consistance dure, circonscrite par une coque fibreuse. La surface de section présente, surtout vers les parties centrales des orifices béants de cavités vasculaires.

Examen histologique. — A un faible grossissement on voit des faisceaux de fibres conjonctives avec de nombreux éléments cellulaires et des vaisseaux.

A un plus fort grossissement, les lacunes vasculaires sont en partie remplacées par des hématies et quelques leucocytes ; ces lacunes augmentent lorsqu'on se rapproche du tiers postérieur de la tumeur qui paraît être son hile.

L'origine de la tumeur est difficile à préciser ; mais nous pen-

sons qu'en raison de sa position et de ses détails anatomiques, il est permis de la rattacher au corpuscule rétro-carotidien (1).

Observation XXX. — Boerner : *Deutzche zeitsch. f. chirurg.* 1903. LXVII, p. 309-320.

Le malade W.S... âgé de 14 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'en juillet 1900, lorsqu'il ressentit tout à coup et sans cause, au niveau de l'épaule droite, de vives douleurs s'irradiant dans le bras droit.

A la même époque, ses parents remarquaient sur le côté droit du cou, une tumeur arrondie qui se développa progressivement. En même temps que les douleurs deviennent plus vives, il se manifeste de la faiblesse au bras droit ; dans le cours du mois suivant, apparurent de la raideur musculaire et des tremblements pendant les mouvements dans la jambe droite ; de la faiblesse dans le bras gauche.

Le malade fut conduit le 8 novembre 1900 dans le service de clinique médicale de Rostock. Toutes ces manifestations ne firent que croître.

Le 7 décembre, il passa dans le service de clinique chirurgicale pour y être opéré d'une tumeur développée sur le côté droit du cou et qui pouvait être la cause des phénomènes observés. Cette tumeur devenait du reste, de plus en plus volumineuse. Il était donc déjà venu à l esprit que cette tumeur était la cause des troubles ; toutefois on en doutait un peu, car cette tumeur était légèrement mobile sur les plans profonds. On se demandait même si l'on n'aurait pas affaire à deux affections différentes, dont une médullaire rappellerait par ses symptômes la sclérose latérale amyotrophique avec une tumeur banale du

1. Nous n'avons point accepté cette interprétation car l'examen microscopique de cette tumeur n'a nullement permis d'y constater les caractères histologiques des tumeurs rétro-carotidiennes décrites par MM. Reclus et Chevassu.

cou siégeant dans le voisinage de la colonne vertébrale ; ou bien, si ce n'était pas la tumeur qui causait tous les désordres. Dans les deux cas, le pronostic était sombre si on n'opérait pas ; une intervention fut donc décidée.

A son entrée à la clinique chirurgicale, le malade présente l'état suivant : enfant chétif, visage pâle ; pupilles normales. Pas d'altérations des traits du visage. Mouvements de la langue et du voile du palais normaux. Les lèvres ne présentent rien de particulier.

Pouls petit ; fréquence : 68. Le malade est dans le décubitus dorsal et ne peut se dresser sur son séant ; si on le met sur les jambes, il s'infléchit fortement en avant, comme s'il avait une paralysie des muscles du dos, ceux-ci, du reste, sont atrophiés.

La force de contraction des bras et des mains est nettement diminuée. Il y a de l'atrophie des muscles interosseux, de l'éminence thénar et hypothénar, diminution de la puissance des muscles de l'avant-bras et, en particulier, du muscle long supinateur et des muscles biceps, triceps et deltoïde. Les réflexes du biceps et du triceps sont exagérés. L'électro-diagnostic ne montre aucune réaction de dégénérescence de ces muscles.

Pas d'atrophie aux membres inférieurs, les mouvements sont difficiles et lents au niveau des genoux et des hanches et s'accompagnent de tremblements puis de contractures. Les deux pieds sont en équinisme. Les mouvements d'extension et de flexion sont presque supprimés, surtout au pied droit. L'examen des mouvements provoqués permet de constater un état de contracture très accusée alors que l'articulation est libre. Réflexes musculaires et tendineux exagérés; fort clonus des deux pieds. Pas de troubles de la sensibilité, ni des sphincters.

Au niveau du cou, côté droit, sous le sterno-mastoïdien, et dans le creux sus-claviculaire, on constate la présence d'une tumeur du volume d'un œuf d'oie, uniformément dure, régulière, légèrement mobile sur les plans profonds, non adhérente à la peau, cette tumeur est assez bien isolée des parties avoisinantes et se laisse poursuivre jusque vers la colonne vertébrale.

Diagnostic. — Tumeur cervicale (fibrome ? fibro-sarcome ? neuro-fibrome? sarcome ?) profonde (périostique ?) ayant peut-être des rapports avec les phénomènes médullaires.

Opération par le professeur Muller, le 11 octobre 1901, sous le chloroforme. Extirpation ; une branche nerveuse appartenant vraisemblablement au flexus brachial fut sectionnée.

La tumeur envoyait un pédicule gros comme l'index jusqu'au niveau de la colonne vertébrale. Après avoir bien libéré ce pédicule et sectionné ce qu'il fallut du sterno-mastoïdien, on put voir et sentir que le pédicule prenait implantation au niveau d'un trou de conjugaison : le cinquième ou le sixième. Il existait,en effet,une partie de la tumeur du volume d'une noix située dans le trou de conjugaison considérablement agrandi ; elle fut aussi enlevée ; mais il fut impossible de déterminer exactement la hauteur de la vertèbre.

Au réveil, le malade ne pouvait plus mouvoir son bras droit. La température se maintint au-dessus de 37° pendant six jours. Palpitations assez violentes. Peu à peu, ces phénomènes diminuèrent. Le 26 novembre, le malade peut marcher avec un bâton ; à partir du 26 janvier 1902. La guérison est presque complète.

Le malade se lève et marche sans bâton ; sa démarche est encore un peu raide et incertaine. Le bras reste toujours un peu lourd et n'atteint qu'avec grand'peine la position verticale. Plus de troubles de la sensibilité. L'atrophie persiste ; mais la puissance musculaire fait de grands progrès,

A partir du 18 février 1902, la guérison est complète. Le malade peut marcher et courir. Il existe un bourrelet fibreux au niveau de la cicatrice, la tête est un peu inclinée à droite. L'atrophie musculaire disparaît rapidement.

Anatomie pathologique. — La tumeur est piriforme, mesure 9 centimètres de longueur sur 4 de largeur. Elle est entourée d'une capsule de tissu conjonctif lâche où l'on rencontre des filets nerveux et des vaisseaux. A la coupe. Elle présente un

aspect gris-rosé. Elle est de consistance uniforme, ferme et résistante.

Au microscope : véritable fibrome avec longues fibres et p etites cellules très enchevêtrées les unes dans les autres. On y trouve inclus des ganglions des artères et des veines ; mais pas de filets nerveux. Le filet nerveux qui adhérait à la surface de la tumeur ne présente pas d'altérations histologiques.

Observation XXXI. — Cange : *Bullet. et mém. Soc. anat.* de Paris 1904 IXXIX, p. 505-508.

La jeune Aïcha-ben-Mohammed, âgée de 7 ans, vient de Biskra pour se faire opérer à l'hôpital d'Alger d'une volumineuse tumeur de la nuque.

Les seuls renseignements que nous avons pu recueillir sont les suivants : L'affection a débuté à l'âge de deux ans, sous l'aspect d'une petite boule dure, du volume d'une noisette et située derrière l'apophyse mastoïde droite. Celle-ci a subi un accroissement rapide et continu pendant quatre années, a envahi le côté gauche et finalement, est restée stationnaire depuis un an environ.

A l'examen pratiqué lors de l'entrée dans le service, voici ce qu'il nous est donné de constater.

A la partie postérieure du cou, existe une volumineuse tumeur de configuration ovoïde, étendue dans le sens transversal, de la mastoïde du côté gauche à la mastoïde du côté droit qu'elle déborde, et dans le sens vertical, de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale à la protubérance occipitale externe Elle dessine, en somme, un volumineux bourrelet, comblant dans toute son étendue, la dépression cervicale postérieure et empiétant même sur la région sus-claviculaire droite.

La peau qui recouvre la tumeur présente sa coloration normale ; seules deux cicatrices situées de chaque côté de la ligne médiane témoignent de l'application de cautères appliqués sui-

vant une coutume indigène dans un but thérapeutique. Il n'y a pas d'autres altérations des téguments superficiels; à ce niveau la peau est mobile, non adhérente, nullement épaissie.

C'est profondément, du reste, que siège la tumeur, au sein des masses musculaires rétro-vertébrales, et la saisissant à pleines mains, on la mobilise un peu dans le sens transversal, mais non dans le sens vertical.

La palpation nous la montre constituée par deux lobes principaux séparés par un sillon profond répondant au raphé cervical postérieur, celui du côté gauche moins volumineux, plus étalé ; celui du côté droit plus gros, plus arrondi, plus nettement en relief. Ces deux lobes font, du reste, partie évidente de la même masse néoplasique et toute impulsion communiquée à l'un des deux se transmet aussitôt à l'autre.

Sa consistance est loin d'être égale et partout uniforme ; élastique, rénitente du côté gauche, elle est plus dure, plus consistante au milieu du lobe droit, dont le pôle supérieur présente de larges et épaisses plaques calcaires.

De chaque côté de la masse néoplasique principale, mais indépendants d'elle, existent deux noyaux arrondis, durs, mobiles, du volume d'une noix à droite, d'une noisette à gauche et qui représentent évidemment des ganglions chroniquement enflammés à la suite des applications de cautères et sous l'influence d'une éruption impétigineuse étendue du cuir chevelu dont la malade est atteinte depuis longtemps.

Ajoutons, pour terminer, que les symptômes subjectifs sont nuls, qu'il n'y a pas, qu'il n'y a jamais eu de phénomènes douloureux, qu'il existe seulement un peu de gêne dans les mouvements de la tête et du cou et qu'enfin l'état général est des plus satisfaisants.

Opération. — L'opération fut pratiquée le 10 mai 1904, sous l'anesthésie générale au chloroforme.

Il nous est possible de constater que la tumeur siégeait dans l'épaisseur des plans musculaires profonds et qu'elle arrivait en haut au contact des os du crâne. L'occipital présente même un

point osseux dénudé des dimensions d'une pièce de 20 centimes, et situé à 2 centimètres en avant et en dehors de la protubérance occipitale exerne.

Le 27 mai la guérison est définitive.

Examen de la tumeur. — La tumeur du poids de 280 grammes, atteint le volume des deux poings. Sa surface est assez régulière, sauf cependant au niveau de sa face profonde, assez accidentée et au centre de laquelle adhèrent intimement les faisceaux musculaires ; c'est là pourrait-on dire le hile de la tumeur. Le sillon de séparation en deux lobes, si facilement appréciable sur la tumeur en place, est à peine marqué sur le néoplasme isolé. Par contre de son pôle supérieur se détache nettement une masse arrondie, de dimensions d'un petit haricot, extrêmement dure et, que la coupe nous montre entièrement calcifiée.

La section de la masse principale montre qu'il s'agit d'un fibrome, renfermant çà et là quelques îlots graisseux.

L'examen histologique pratiqué par le professeur Planteau a confirmé le diagnostic de fibrome.

Observation XXXII. — Lécène : *Bullet. et Mém. de la Soc. anat.* de Paris, octobre 1905, p. 746.

Mme X... âgée de 57 ans. Il y a deux mois, la malade, en faisant sa toilette s'est aperçue qu'elle portait au niveau du cou, du côté gauche, vers la partie moyenne de la région carotidienne, une tuméfaction de la grosseur d'une noix. Cette grosseur était indolente et ne gênait aucun mouvement. Depuis lors, sans douleurs, la tumeur a progressivement augmenté de volume et actuellement, elle a atteint les dimensions du poing. Il existe maintenant une certaine gêne des mouvements de flexion et d extension du cou, mais pas de véritables douleurs. A l'inspection, on voit que toute la région carotidienne du côté gauche est le siège d'une tuméfaction du volume du poing, ovoïde, à grand axe parallèle à la direction des vaisseaux, la tumeur adhère certainement au

muscle sterno-mastoïdien gauche, mais elle n'a pas envahi la peau et elle possède encore une certaine mobilité sur les plans profonds. Rien du côté de l'œil : pupille normale ; les artères faciale et temporale gauches battent normalement, pas de signes de paralysie récurrentielle ; respiration et déglutitions normales. Nous proposons l'intervention qui est acceptée.

Le 24 avril 1905. — Nous pratiquons l'opération de la façon suivante. Une première incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche est menée de l'angle de la mâchoire à l'articulation sterno-claviculaire. On aperçoit après section du peaucier la tumeur qui adhère au sterno-mastoïdien au ras de ses insertions sternale et claviculaire : ligature de plusieurs grosses veines dilatées correspondant à la jugulaire antérieure et à la jugulaire externe ; comme on n'a pas encore assez de jour, incision de 6 centimètres perpendiculaire au milieu de la première ; dissection des deux lambeaux cutanés ainsi formés. On voit alors que la tumeur infiltre tout le paquet vasculo-nerveux du cou et qu'il est impossible de disséquer les vaisseaux, sans laisser beaucoup de tissu néoplasique. En conséquence, section de la carotide primitive au-dessous de son entrée dans la tumeur ; section de la jugulaire interne qui n'est plus représentée que par un vaisseau aplati et vide de sang ; section du pneumogastrique (aucun trouble respiratoire à ce moment).

On peut alors relever la tumeur en haut en la libérant peu à peu de ses adhérences vasculaires. On sectionne ainsi successivement le pédicule thyroïdien supérieur (artère et veines) puis la linguale, puis la faciale, le tronc de la carotide externe, la carotide interne ; les nerfs laryngé-supérieur, spinal et grand hypoglosse sont également sectionnés, car ils sont infiltrés par la tumeur. La tumeur complètement isolée est alors enlevée : hémostase soignée. Fermeture de la plaie par des crins de Florence. On laisse un drain et une mèche. L'hémorragie, pendant l'opération qui a duré trois quarts d'heure, a été insignifiante.

A la fin de l'opération, la malade est cyanosée et sa respira-

ti on est difficile ; mais on la ranime peu à peu par des inhalations d'oxygène et des piqûres de caféine. Pas d'hémiplégie droite.

Le 24 avril. — Le soir, température : 37°2. : Pouls: 80 . La malade complètement réveillée, parle : sa voix est rauque, (section du X) ; mais aucun phénomène de paralysie du côté droit.

25. — Température : 38 °. Pouls: 80. Aucun phénomène paralytique du côté droit ; la malade parle, elle a une certaine difficulté à avaler. Pas de signes de congestion pulmonaire gauche.

26. — Température : 38°1. Pouls : 80. État analogue, mais la déglutition est plus difficile. Plaie en excellent état : ablation du drain.

27. — Température : 38°2. Pouls : 90. Déglutition difficile ; voix rauque ; pas d'hémiplégie, mais on remarque un peu de paralysie.

Mort dans la nuit du 30 au 31, dans le coma après avoir présenté de l'hémiplégie droite avec aphasie.

A L'AUTOPSIE. — On constate que la mort a été causée par un ramollissement progressif de l'hémisphère cérébral gauche, consécutif à l'oblitération de la carotide externe, puis de la sylvienne gauche par un caillot rouge, non adhérent à la paroi vasculaire, sauf au niveau de la ligature et remplissant exactement tout le calibre du vaisseau.

La tumeur enlevée, examinée histologiquement, est un sarcome à cellules rondes, envahissant le sterno-mastoïdien, infiltrant les nerfs et les parois vasculaires des organes du paquet vasculo-nerveux.

Le point de départ de ce sarcome est vraisemblablement dans la gaine conjonctive de ce paquet vasculo-nerveux. Il ne s'agit certainement pas ici d'une tumeur de la glande rétro-carotidienne comme l'examen a permis de nous en assurer.

Observation XXXIII. — (*Personnelle*).

Marguerite E..., âgée de 6 ans, est conduite à l'hôpital des Enfants Assistés, le 17 février 1905, où elle est admise dans le service de M. le Dr Jalaguier pour une tumeur volumineuse occupant le côté gauche du cou.

Cette tumeur a débuté il y a trois ans par une petite grosseur dure, ayant à peu près le volume d'une noisette, située à la partie moyenne de la région carotidienne, au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur.

Elle a progressivement augmenté de volume, d'une façon régulière, sans jamais provoquer ni douleurs ni troubles quelconques.

Actuellement, la petite malade porte sur le côté gauche du cou, une tuméfaction, allongée, ovoïde, à grand axe parallèle à la direction des vaisseaux et atteignant à peu près les dimensions d'un œuf de poule.

Par son extrémité supérieure, cette tumeur remonte légèrement au-dessus de l'angle du maxillaire inférieur; en bas, elle descend à 2 centimètres au-dessus de la clavicule; en avant, elle côtoie le larynx et la trachée; en arrière, la tumeur déborde le bord postérieur du sterno-mastoïdien.

La peau qui recouvre la tumeur a conservé son apparence normale ; on y note toutefois la présence d'un lacis veineux assez accusé ; en aucun point on ne constate d'adhérence et la peau glisse facilement sur la tumeur sous-jacente.

A la palpation — La tumeur est dure, indolente, uniformément résistante ; sur sa partie moyenne, toutefois, vers le bord antérieur de la tumeur, il existe une petite zone étroite, large comme la pointe de l'index où la consistance est moins considérable sans être fluctuante.

La palpation n'est nullement douloureuse. Elle siège au-dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien, comme on s'en aperçoit

en faisant contracter le muscle. La tumeur est fixée et il est impossible de la mobiliser soit d'avant en arrière, soit de haut en bas, de même que l'on ne parvient pas à l'énucléer entre les doigts et à l'écarter des plans profonds auxquels elle semble adhérer intimement.

Rien de particulier à noter du côté de la face et des yeux. Pas de troubles de la déglutition, ni de la phonation. Pas de douleurs locales; ni irradiées.

L'état général est bon et en aucun point de l'organisme on ne constate d'adénopathie actuelle ni ancienne.

Le diagnostic reste hésitant entre tuberculose ganglionnaire chronique et tumeur néoplasique à évolution lente, probablement tumeur mixte.

L'opération fut pratiquée le 14 avril 1905, par M. le Dr Jalaguier.

Incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, longue de 6 centimètres environ, s'étendant de l'angle de la mâchoire à 3 centimètres de l'articulation sterno-claviculaire. On récline en arrière le muscle sterno-mastoïdien et la veine jugulaire externe, dilacère l'aponévrose moyenne et, finalement on arrive sur la tumeur. Celle-ci est blanchâtre, résistante, possède une capsule de tissu cellulaire lâche qui se laisse facilement déchirer.

L'extrémité inférieure et le bord antérieur sont facilement énucléés avec le doigt et attirés au dehors mais en haut et en arrière ; le néoplasme s'enfonce profondément côtoyant la veine jugulaire intense et les artères carotides ; il adhère à la gaine du paquet vasculo-nerveux et son isolement est plus laborieux. En arrière, vers son pôle supérieur, la tumeur adhère à une apophyse transverse d'une façon tellement intime qu'une partie de la tumeur reste adhérente au moment de l'enlèvement de la masse principale et fut extirpée isolément.

La tumeur adhérait à l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale qu'il fallut ruginer,

La quantité de sang perdu pendant l'opération a été insignifiante.

Suture de la plaie au crin de Florence.

La petite malade est complètement guérie au bout de quinze jours, et on l'envoie passer deux mois en province d'où elle revient bien portante ; sa cicatrice est linéaire, souple et non douloureuse.

Examen macroscopique de la tumeur. — La tumeur est ovoïde, légèrement aplatie, mesure 9 centimètres de longueur sur 6 de largeur et 4 d'épaisseur. Pèse 110 grammes.

La surface est légèrement bosselée, parcourue çà et là par des dépressions linéaires, de coloration jaunâtre, de consistance ferme, résistante.

Elle présente une face superficielle convexe qui, en place regardait en dehors et en avant, une face profonde (tournée en dedans et en arrière), creusée dans sa partie postérieure d'une gouttière verticale large de 1 cm. 1/2, gouttière déterminée par la saillie des apophyses transverses en contact desquelles elle se trouvait ; par sa partie antérieure, cette face profonde était en rapport avec la paroi latérale du larynx et de l'œsophage avec lesquels elle ne contractait aucune connexion.

Le pôle inférieur était en contact avec les troncs supérieurs du plexus brachial.

Le pôle supérieur se prolongeait très en arrière et adhérait à l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale par un pédicule gros comme le pouce et long de 2 centimètres environ.

Examen microscopique par M. le professeur Cornil. — Sur la coupe de cette tumeur, on voit des tissus différents : une première zone superficielle assez épaisse, grise, opaque, était entourée par des bourgeons saillants. Plus profondément il y avait de grands îlots semi-transparents, opalins qui paraissaient être à l'œil nu du tissu cartilagineux. Au milieu de ce dernier on trouvait des parties ressemblant à de l'os. Des séries de préparations ont été faites, portant sur trois fragments étendus.

I. — Sur une partie qui représentait un rayon allant du centre à la surface, nous avons trouvé : 1° Près de la superficie un tissu sarcomateux à petites cellules dont les éléments étaient séparés les uns des autres, par des fibrilles et des faisceaux de tissu conjonctif, le tout très vascularisé : 2° au dessous de ces bourgeons superficiels, il y avait une grande quantité de tissu fibreux à faisceaux généralement parallèles et rayonnant du centre à la périphérie. Entre ces fibres de tissu conjonctif, il y avait, par places, un certain nombre de grosses capsules cartilagineuses, dont les cellules fortement colorées par l'hématoxyline contenaient un ou plusieurs noyaux ; les grandes capsules cartilagineuses, entourées de tissu conjonctif, étaient irrégulières, souvent allongées, ovoïdes, avec des prolongements à leurs extrémités et renfermaient une ou plusieurs cellules. En se rapprochant de la partie centrale les îlots cartilagineux étaient plus ou moins manifestes, mais contenaient toujours une grande quantité de tissu conjonctif séparant les capsules : 3° enfin, *sur la partie centrale*, on trouvait des travées osseuses anastomosées les unes avec les autres et renfermant entre elles du tissu médullaire.

II. — Sur une autre série de coupes pratiquées sur des fragments décalcifiés de la tumeur, nous avons pu même observer ce qui passe dans l'os de nouvelle formation situé en plusieurs points du centre de la tumeur. Là, en effet, sur des préparations fortement colorées à l'hématoxyline les travées osseuses anastomosées contiennent, à leur centre, du cartilage coloré en violet, caractérisé par des cellules cartilagineuses et de la substance fondamentale.

Les travées sont formées à leur surface par de l'os lamellaire contenant des ostéoplastes bien vivants avec d'assez grosses cellules. Les travées sont presque toutes entourées par des ostéoblastes très variables comme configuration. Les uns tout à fait aplatis, d'autres ont la forme épithélioïde habituelle et sont disposés en plusieurs couches comme des cellules cylindriques placées les unes sur les autres.

La moelle osseuse et fibreuse avec des vaisseaux assez dilatés, du tissu conjonctif, de la graisse; il n'y a pas de myéloplaxes;

Cette tumeur est donc une tumeur complexe formée de tissus différents : osseux, cartilagineux, fibreux, sarcomateux. Peut-être faut-il la considérer comme un embryome. En tout cas, comme la périphérie, la tumeur se développe à la manière d'un sarcome; le pronostic doit être réservé.

Nous devons, à l'obligeance de M. le Dr Thomas de Cemerey (Côte-d'Or), les renseignements suivants sur notre petite malade :

« La jeune Marguerite E.., que je viens d'examiner, ne présente depuis son opération, ni cicatrice vicieuse, ni attitude anormale de la tête.

La cicatrice est souple, non adhérente. Il ne paraît pas exister de nodosités dans les tissus sous-jacents, faciles à explorer en raison de la maigreur de la petite fille. Les deux chefs sterno-claviculaires du muscle sterno-mastoïdien sont absolument nets.

L'enfant n'incline pas plus la tête à droite qu'à gauche, et aussi facilement d'un côté que de l'autre.

Jusqu'alors j'estime qu'il n'y a pas à craindre une récidive (2 avril 1906).

CONCLUSIONS

I. — A côté des fibro-sarcomes intra-pharyngiens, il faut décrire des fibro-sarcomes extra-pharyngiens. Nous en avons recueilli trente-trois observations.

II. — Ces tumeurs ne forment pas une classe univoque ; elles comprennent :

a) *Des tumeurs d'origine périostique* . . . 13 cas

b) *Des tumeurs d'origine aponévrotique* . . 9 —

c) *Des tumeurs d'origine nerveuse*. . . . 2 —

d) *Des tumeurs d'origine dure-mérienne*. . 4 —

e) *Des tumeurs qui ne se rattachent à aucun organe de la région et qui pourraient être dites « essentielles » nous ignorons leur point de départ ; mais j'incline vers l'hypothèse d'origine branchiale.*

III. — Ce sont généralement des tumeurs mixtes : tissus surtout fibromateux et sarcomateux, accessoirement, cartilagineux, lipomateux, myxomateux ; toujours très vasculaires et ordinairement encapsulées.

IV. — Contrairement aux polypes naso-pharyngiens, on les observe à toutes les périodes de la vie et ces néoformations ne régressent pas à l'adolescence. Elles sont plus fréquentes chez la femme.

V. — Les symptômes sont, en général, trop vagues pour que le diagnostic soit possible. Celui-ci ne peut être posé que par la reconnaissance d'un pédicule. Une mention spéciale doit être faite des fibro-sarcomes duréméniens qui s'accompagnent de troubles médullaires rappelant la sclérose latérale amyotrophyque.

VI. — Le pronostic n'en n'est pas très grave, car la récidive après l'ablation en est très exceptionnelle.

VII. — Leur extirpation constitue le seul traitement rationnel qui puisse leur être opposé. Elle doit être précoce, totale, et éviter les lésions des parties voisines et toute cicatrice trop visible.

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Anossov. — Sarcome du cou chez un enfant (en russe). Med Obozr., LXIV, p. 16. — *Semaine médicale*, 1905, p. 600.

Arrou. — *Article :* Cou. Traité de chirurgie (*Le Dentu Delbet*), 1898, p. 748.

Athinson. — *Med. and. phys. Jour.*, 1813, XXX, p. 353.

Barton. — *Dublin. Journ. of. med.* sc., 1870, I, 201.

Berger. — Sarcome mélanique primitif des ganglions cervicaux, *Soc. chirurg.*, 1897, t. XXVII, p. 526.

Blandin. — *Bullet. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1842-1843, t. VIII, p. 636.

Bœrner. — Ueber fibrome des Halses mit beziehungen zum Rückenmarck. *Deutsche Zeitsc. f. chirurg.*, 1903, LXVII, p. 309-320.

— Fibromes du cou dans leurs rapports avec la moelle épinière. *Semaine médicale*, n° 10, mars 1903, p. XXXIX.

Bosc et Jeanbrau. — Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes parabuccales. *Arch. prov. de méd.*, 1899, nos 5 et 6.

Broca. — *Article :* Malformations congénitales de la face et du cou. Traité de chir., *Duplay et Reclus*, t. V, p. 53.

Brodie. — In Cormack. *Th. de Paris*, 1870.

Browne. — *Quart. med. sc. Dublin. Journ.*, 1857. t. XXIV, p. 464.

Bruns. — Die geschwülste des nervensystems. *Eine klinische studie*, Berlin, 1897. — *Zeitsch. f. chirurg.*, 1903, t. LXVII, p.320.

Butcher. — Fibrome très volumineux développé depuis près de vingt ans sur le côté gauche du cou et de la face. Extirpation de la tumeur et guérison presque sans déformation. Dublin, *Journ. of. med.* sc., mai 1877, p. 417.

Cange. — Fibrome de la nuque. *Bullet. et Mém. Soc. ana.*, 1904. IXXIX. p. 505-508.

Chevassu. — Les branchiomes cervicaux, *Gazette hebd.*, 17 août 1902.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'anatomie pathologique, t. I. p. 48.

Croockes. — *Lancet*, 1857, I, p. 64.

Cunéo et dainville. — Fibrome volumineux du cou ayant déterminé des phénomènes de compression nerveuse du grand sympathique et du facial. *Bullet. Soc. anat.* 1903. IXXVIII, p. 592-594.

Cunéo et Veau. — Contribution à la pathogénie des tumeurs mixtes parabuccales. *Cong. intern. chir.*, 1900.

Deytieux. — Branchiomes cervicaux. *Th. Paris*, 1903.

Dowse. — *Brit. Med. Journ.*. 1874, II, p. 292.

Duclaux. — Carcinome et sarcome (Revue critique). *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, p. 84.

Duret. — Sarcome du plexus brachial. Amputation interscapulo-thoracique. Guérison persistant quatre ans après. *Arch. intern. de chirur.*, 1-2, 1903.

Duval (Pierre). — Cours de la Faculté (avril 1903).

Falck. — Beitræge zur Lehre und Casuistik der Bundegervebs geschwülste des Halses. Inaug., diss.,Kiel., 1887.*Arch. f. Klin chirurg.*, 1899, t. 58, p. 30.

Freeman. — Sur les fibromes récurrents du cou et leurs relations, avec les arcs branchiaux. *Brit. med. Journ.*, juin 1844., p. 1083.

Ghedini. — Fibro-sarco-endothelioma del collo. *Gazz. d. osp. Milano*, 1904. XXV. p. 1341-1345.

Guyon. — Étude sur les fibromes interpariétaux et, en particulier, sur ceux de la région cervico-dorsale. *Bullet Acad. méd. Paris*, 1877, t. VI. n° 21, p. 546.

Heurteaux. — Fibrome volumineux du cou d'origine intra-rachidienne. *Bull. et Mém. soc. chirurg.*, Paris, 1898, p. 757. *Année chirurgicale*, 1898, p. 841.

Huguier. — Gazette des hôpitaux, 1862, n° 133, p. 531. *Soc. chirur.*, 5 novembre 1852. Traité de chirurg. *Duplay et Reclus*, t. V, f. 627.

Kerr. — A cervical tumeur. *Brit. M. J. London*, 1904, ii, 1085.

Kirmisson. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitales. Paris, Masson 1898, p. 166.

Kœnig. — Lehrbuch der specielle chirurgie op. Lehre, VI. auf. I, S. 552.

Krœnlein. — Fibro-sarcome du cou. *Langenbeck's archiv.*, XXI, suppl., S. 132.

Lebert. — Physiologie pathologique, t. II. p. 170-179. Traité de chirurg. *Duplay et Reclus*, t. V. p. 627.

Lécène. — Sarcome de la gaine des vaisseaux carotidiens, extirpation avec résection de la carotide primitive des deux carotides externe et interne du côté gauche de la jugulaire interne et du pneumogastrique ; mort le huitième jour par ramollissement progressif de l'hémisphère cérébral gauche, *Bull. Mém. soc. anat.*, Paris, octobre 1905.

Le Dentu. — Tumeur maligne primitive des ganglions lymphatiques. Leç. de chirurg., 1892, p. 97.

Lœvy et Lœper. — Tumeur fibreuse du cou. *Soc. anat.*, 1899, p. 1104. *Année chirurg.*, 1899, p. 944.

Meddlemist. — *Lancet*, 1862, I, p. 355.

Maisonneuve. — *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1854, n° 95, p. 303. *Acad. de méd.*, 8 août 1854. Traité de chirurg. *Duplay et Reclus*, t. V. p. 627.

Manon. — Fibro-sarcome de la région parotidienne. *Limousin Médical*, 1903, p. 48.

Morris. — *Lancet*, 1881, II, p. 363.

Panas. — Des signes de compression du grand sympathique par les tumeurs du cou. *Soc. chirur.*, 1865, t. VI, p. 363.

Partridge. — Transact of path. sc. London, 1859-1860, I, XI, p. 464.

Pilliet. — Sur les glandes closes du cou et leur rôle dans la production des tumeurs cervicales. *Trib. méd.*, 9 août 1894.

Pincus. — Anatomie et pathogénie de la tumeur du sterno-mastoïdien des nouveau nés. *Semaine médicale*, 1905, p. 366.

Pollosson et Bérard. — Tumeurs des os. XIII[e] *Congrès français de chirur.*, 1899, p. 513. *Année chirur.*, 1899, p. 341-348.

Ponsot. — Tumeurs de la glande sous-maxillaire. *Th. Lyon*, 1894.

Pozzi. — Chondrome primitif d'un ganglion sous-maxillaire *Soc. anat.*, 1872, p. 251.

Quervain (de). — Ueber die fibrome des Halses. *Arch. f. Klinchirur.*, 1899, t. LVIII, fasc. I, p. 1. *Année chirurg.*, 1899, p. 944. Des incisions au niveau du cou. *Semaine médicale*, 1900, p. 12.

Reclus et Chevassu. — Les tumeurs du corpuscule rétro-carotidien. *Rev. de chirurg.*, août 1903, p. 149. *Semaine médicale*, 14 octobre 1903, p. CLXIV.

Richard. — *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1862, n° 133, p. 531.

Richet. — Discussion sur la ligature préalable des grosses artères et particulièrement des carotides pour se mettre à l'abri des hémorragies pendant les opérations, (Tumeurs du cou). *Bullet. Soc. chirurg.*, t. IV., 2[e] série, p. 388-425 et 450.

Riedel. — Die gerchwülste am Halse. — *Deutsche chirurgie*, Lief. 36.

Roschenbach und Schtscherback. — Ueber gewebsverande ungen des Ruckenmarks, in Folge vom Compression *Virchow's. Archiv.*, Bd. 122.

Schwartz et Chevrier. — Lipomes ostéo-périostiques du cou. *Revue de chirur.*, 1906, janv., fév , mars, p. 76-160.

Schaw. — Tumeur sarcomateuse du cou, *Lancet*, 1844, p. 106.

Schlesinger. — Beitræge zur Klinick der Rückenmarks, und wirbeltumorem. Iena, 1898.

Scudder. — Tumor of the inter carotid body a report of om case, together with all cases in literature. *Amer. Jour. of. the Med. sc.*, sept. 1903.

Spindler. — Sur un cas de sarcome parostal. *Thèse de Paris* 1899. *Année chirurg.*, 1899, p. 266.

Vaz. — Quatro casos de Tumour de Regiao carotidiania. — *Brazil. méd.* Rio de Janeiro. 1903, XVII, 156.

Veau Victor. — Épithéliomas branchiaux du cou. *Rev. de chirurg.*, 10 mars 1900. *Thèse de Paris*, 1899.

Verneuil. — Discussion sur le lympho-sarcome malin du cou. *Soc. chirurg.*, 16-23-30 mai 1877.

Virchow. — Die Krankhaften geschwülste. 30 Vorlesungen. Berlin 1873, Th. I.

Waitz. — *Langenbeck's. Archiv.* XXI. S. 621.

Walther. — *Article:* Cou. Traité de chirur. *Duplay et Reclus*, 2e édition, t. V, p. 627.

Zicas. — Contribution à l'étude de l'épithélioma branchial. *Th. de Paris*, mai 1903.

Zinn et Kock. — Fibrom des VII cervicalnerven mit compression des Rückenmarks. *Charité Annalen.* p. 117-128. Ref. Schmidt's, Jahrbücher, Bd. 272.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.